

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Miedo y sufrimiento espiritual durante la pandemia del
virus COVID-19.

Autor: Inmaculada Expósito Buendía

Director: Dr. Aarón Muñoz Devesa

Murcia, a 10 de mayo de 2021.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Miedo y sufrimiento espiritual durante la pandemia del
virus COVID-19.

Autor: Inmaculada Expósito Buendía

Director: Dr. Aarón Muñoz Devesa

Murcia, a 10 de mayo de 2021.



AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA

| ALUMNO | | CURSO ACADÉMICO: |
|--|-------------|--------------------|
| Apellidos: Expósito Buendía | | Nombre: Inmaculada |
| DNI: | Titulación: | |
| Título del trabajo: Miedo y sufrimiento espiritual durante la pandemia del virus COVID-19. | | |
| | | |

El Prof. Dr. D. Aarón Muñoz Devesa como Director⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 10 de mayo de 2021.

Fdo.: _____

Fdo.: _____

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería
Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)
Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

Para todos aquellos en los que creyeron en mí y me apoyaron incondicionalmente, sin miedos ni prejuicios.

Gracias a mi familia, por brindarme esta oportunidad que me ha hecho ser mejor persona, tanto conmigo, como para con los demás.

A mis amigos del alma, que tras viento y marea, me han sabido apoyar y querer de una forma única y muy especial, como sólo ellos saben: a su manera.

A las personas, que de cierto modo, me han acompañado de manera directa, o indirectamente, en mis lecciones de vida, ya que sin vosotros no hubiese sabido lo que es vivir, aprender e incluso amar. Sea destino o casualidad, sois parte de esta experiencia: profesores, amigos, compañeros, familia, pacientes...

Gracias a todo aquel que me brindó esperanza. A aquellos que me enseñaron el mundo y deshicieron la venda que lo ocultaba.

Agradecer especialmente a Ángeles, por enseñarme muchísimo y no solo de música. Gracias a ti tengo la capacidad de creer en mí.

Conjuntamente, hacer una especial mención a Aarón, director de este trabajo. Gracias por escuchar, apoyar, comprender, consolar y brindar esa esperanza iluminadora en cualquier momento. Gracias a ti he descubierto mi verdadera vocación, mi motivación. Has sido como un rayo de luz en medio de la oscuridad. Sin ti, este trabajo no hubiera sido posible, ni yo sería la persona que soy.

Y para terminar, dedicárselo a alguien muy especial. A ti, aquella niña que miraba al cielo para pedir deseos a las estrellas. Brindemos juntas por la gente que mira hacia el cielo, las estrellas que escuchan y los sueños que son respondidos.

"Per aspera ad astra."

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

AMC: Alergias Medicamentosas Conocidas.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

COVID-19: Siglas correspondientes a la enfermedad causada por el virus SARS-Cov-2.

DxE (p): Diagnóstico Enfermero (principal)

ECCO: European CanCer Organisation.

EPI: Equipo de Protección Individual.

IgG: Inmunoglobulina G.

IMC: Índice de Masa Corporal.

MERS-CoV: Síndrome Respiratorio de Oriente Medio.

NANDA I: North American Nursing Diagnosis Association International.

NIC: Nursing Interventions Classification o Clasificación de Intervenciones Enfermeras.

NOC: Nursing Outcomes Classification.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PC (p): Problemas de Colaboración (principal).

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa.

RC (p): Riesgo de Complicación (principal).

SARS-Cov-2: Síndrome Respiratorio Severo asociado al coronavirus.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 25 |
| 2. OBJETIVOS | 29 |
| 2.1. Objetivo General | 29 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 29 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 31 |
| 3.1. Miedo..... | 31 |
| 3.1.1. ¿Qué es el miedo? | 31 |
| 3.1.2. Características. | 33 |
| 3.1.3. Factores relacionados con el miedo..... | 35 |
| 3.1.4. Miedo y la enfermedad. | 39 |
| 3.1.5. Miedo y sufrimiento espiritual. | 40 |
| 3.2. Sufrimiento espiritual. | 42 |
| 3.2.1. ¿Qué es el sufrimiento espiritual? | 42 |
| 3.2.2. Cuidado espiritual por enfermería. | 45 |
| 3.3. SARS-CoV-2. O COVID-19..... | 47 |
| 3.3.1. ¿Qué es la COVID-19? | 47 |
| 3.3.2. Características. | 48 |
| 3.3.4. Consecuencias de la pandemia. | 53 |
| 3.3.5. Relación del miedo y el sufrimiento espiritual con la COVID-19. | 55 |
| 3.4. El cuidado de enfermería en pacientes que padecen temor y sufrimiento espiritual ante el COVID-19..... | 56 |
| 4. METODOLOGÍA..... | 59 |
| 4.1. Diseño | 59 |
| 4.2. Sujeto del estudio. | 59 |
| 4.3. Ámbito y Periodo del estudio. | 59 |

| | |
|--|-----|
| 4.4. Procedimiento de recogida de información | 60 |
| 4.4.1. Fuente de información. | 60 |
| 4.4.2. Procedimiento de información | 60 |
| 4.5. Procesamiento de los datos..... | 61 |
| 5. RESULTADOS..... | 65 |
| 5.1 Descripción del caso | 65 |
| 5.2. Valoración del caso | 66 |
| 5.3. Diagnóstico de enfermería | 71 |
| 5.3.1. Priorización del diagnóstico de enfermería principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo Área. | 76 |
| 5.3. 2. Justificación del diagnóstico de enfermería principal. | 77 |
| 5.4. Problema de colaboración (PC) / Riesgos de complicación (RC). | 80 |
| 5.4.1. Priorización de riesgo de complicación principal, mediante una red de razonamiento basada en el Modelo Área..... | 82 |
| 5.4.2. Justificación del RC principal..... | 83 |
| 5.5. Planificación..... | 85 |
| 5.5.1. Planificación: DxEp. | 85 |
| 5.5.2. Planificación del RCp. | 89 |
| 5.6. Ejecución..... | 92 |
| 5.6.1. Cronograma de intervenciones / actividades..... | 96 |
| 5.7. Evaluación. | 97 |
| 5.7.1. Evaluación del resultado DxEp..... | 97 |
| 5.7.2. Evaluación del resultado del RCp. | 100 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 103 |
| 6.1. Limitaciones | 107 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 109 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 113 |

FIGURAS

Figura 1: *Red de Razonamiento Crítico para obtener el DxEp.*70

Figura 2.*Red de Razonamiento Crítico para obtener el RCp.*.....76

TABLAS

Tabla1: *Revisión bibliográfica en bases de datos, y los artículos correspondientes encontrados y utilizados.*.....58

Tabla 2: *Puntuación del NOC para el DxEp.*.....79

Tabla 3. *Indicadores y su puntuación del NOC para el DxEp.*.....79

Tabla 4.*Puntuación del NOC para el RCp.*.....83

Tabla 5.*Indicadores y su puntuación del NOC para el RCp.*.....83

Tabla 6.*Cronograma de intervenciones y actividades durante dos turnos.*.....90

Tabla 7. *Evaluación NOC del DxEp.*.....91

Tabla 8. *Evaluación de los Indicadores del NOC para el DxEp.*.....92

Tabla 9. *Evaluación del NOC para el RCp.*.....94

Tabla 10.*Evaluación de los Indicadores del NOC para el RCp.*.....95

RESUMEN

Introducción: El miedo es una emoción básica que todas las personas tenemos por naturaleza, que, junto con nuestra espiritualidad, converge para que la experiencia de vivir sea única. Es ante una situación desconocida, es cuando el sentimiento del temor y el sufrimiento aparecen, ya que se ve alteada la integridad de la persona. Con la aparición del nuevo virus SARS-CoV-2, o más comúnmente conocido como COVID19 o coronavirus, estas alertas se han disparado, ya que nuestra salud y seguridad se ven alteradas y en peligro. La percepción de nuestro alrededor se altera y buscamos una solución eficaz y rápida para no prolongar el sufrimiento, miedo o ansiedad que le crea esta nueva situación. **Objetivos:** El objetivo principal planteado en este estudio, es el describir el temor y el sufrimiento espiritual ante la pandemia del COVID-19. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo, tipo estudio de caso, en el que el sujeto de estudio era una paciente de 25 que acude al servicio de PCR del hospital. En él, se le realizaría una prueba diagnóstica PCR de exudado nasofaríngeo. Se realizó un plan de cuidados conjuntamente con una revisión bibliográfica en las bases de datos a través de PubMed, Scielo, Google Académico y Dialnet. **Resultados:** Se realizó un plan de cuidados para la paciente, cuyo diagnóstico principal fue [00148] Temor, y un objetivo propuesto NOC [1210] Nivel de miedo. Se tuvo en cuenta el riesgo de colaboración principal "Irritación de la pared posterior de la faringe: tos, estornudos y vómitos", que también estuvo marcado por un objetivo NOC [1101] Integridad tisular: piel y membranas. Con ello, se realizó un plan de cuidados basado en las taxonomías enfermeras NANDA I, NOC y NIC. **Discusión:** Tras realizar el plan de cuidados y contrastar la información obtenida de la paciente, con la búsqueda bibliográfica, podemos determinar como el COVID-19 ha influido en la vida de la persona provocando sentimientos de miedo e incertidumbre junto con un sufrimiento espiritual. **Conclusiones:** en síntesis, el miedo y el sufrimiento espiritual, son temas que puede abordar el personal de enfermería para un cuidado íntegro, individual y de mejor calidad en los cuidados de los pacientes durante la pandemia del virus SARS-Cov-2.

Descriptores: Enfermería, Virus del SARS, Coronavirus, Sufrimiento, Miedo, Espiritualidad, Prejuicios.

ABSTRACT

Introduction: Fear is a basic emotion that all people have by nature, which together with our spirituality, converges to make the experience of living unique. It is when faced with an unknown situation that the feeling of fear and suffering appear, as the integrity of the person is altered. With the appearance of the new SARS-CoV-2 virus, or more commonly known as COVID19 or coronavirus, these alerts have been triggered, as our health and safety are altered and endangered. Our perception of our surroundings is altered and we seek an effective and rapid solution so as not to prolong the suffering, fear or anxiety created by this new situation. **Objectives:** The main objective of this study is to describe the fear and spiritual suffering caused by the COVID-19 pandemic. **Methodology:** A qualitative case study was carried out (case study type) in which the study subject was a 25-year-old female patient who attended the hospital's PCR service. She underwent a PCR diagnostic test of nasopharyngeal exudate. A care plan was drawn up in conjunction with a literature review in the databases of PubMed, Scielo, Google Scholar and Dialnet. **Results:** A care plan was made for the patient, whose main diagnosis was [00148] Fear, and a proposed objective NOC [1210] Level of fear. The main collaborative risk "Irritation of the posterior pharyngeal wall: coughing, sneezing and vomiting" was taken into account, which was also marked by a NOC objective [1101] Tissue integrity: skin and membranes. With this, a care plan was drawn up based on the NANDA I, NOC and NIC nursing taxonomies. **Discussion:** After drawing up the care plan and comparing the information obtained from the patient with the literature search, we can determine how COVID-19 has influenced the person's life, provoking feelings of fear and uncertainty together with spiritual suffering. **Conclusions:** In summary, fear and spiritual suffering are issues that can be addressed by nurses for a better quality, individual and holistic care of patients during the SARS-Cov-2 pandemic.

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia originada en 2020 por el virus SARS-Cov-2 ha conllevado serias consecuencias sanitarias, económicas y sociales, bastantes importantes en nuestra sociedad. Y es por ello que queremos investigar qué influencia tiene el miedo y el sufrimiento provocado por la COVID-19 sobre las personas.

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020), los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades y son conocidos por originar infecciones respiratorias en humanos, desde la sintomatología de un resfriado hasta patologías como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). La COVID-19 o SARS-CoV-2 es una enfermedad infecciosa de las vías aéreas descubierta recientemente por un brote en Wuhan, China, en diciembre de 2019. Tras la expansión del virus entre varios países, esta enfermedad ha derivado en un problema de salud mundial, una pandemia.

Esta patología presenta unos síntomas principales asociados comúnmente a un resfriado, que puede llegar a evolucionar a una fuerte neumonía, dependiendo del tipo de paciente (Pascarella et al., 2020). La incidencia de COVID-19 va en aumento en función al factor de concentración de gente que haya en un sitio, ya que la exposición al contagio es mayor. Alrededor del 80% de las personas que han contraído la enfermedad se recuperan sin tratamiento hospitalario, pero 1 de cada 5 personas que contraen el virus pueden desarrollar un cuadro grave con una sintomatología compatible y parecida a la neumonía. Las personas más afectadas van acompañadas de una serie de factores de riesgos. Es por esto que la OMS declara la pandemia del COVID-19 como una emergencia sanitaria y una enfermedad de declaración obligatoria. (OMS, 2020)

Para combatir la expansión de este virus altamente contagioso, y frenar la amenaza de nuevos casos y muertes que provoca la enfermedad, se ha originado una serie de medidas políticas gubernamentales de salud pública que conllevan una cuarentena y un distanciamiento social para evitar la subida de

contagios y afectados (Medina & Jaramillo-Valverde, 2020). Esta situación ha provocado un ambiente de tensión y alteración emocional y física, provocado por el miedo y el desconocimiento del avance y la afectación de esta enfermedad.

Al quedarse en casa, sin poder comunicarse con un entorno seguro, las personas buscan relacionarse y, mientras tanto, mantenerse informadas de lo que ocurre a su alrededor. Es por ello que nace esa sensación de impotencia hacia algo desconocido entre la población, la búsqueda de la verdad o encontrar una solución lo más pronto posible para salir de la crisis; esa crisis que infunde miedo y ansiedad.

El miedo es una emoción caracterizada por una sensación desagradable, que es provocada por una percepción de peligro (ya sea real o no) al que se expone durante un tiempo indeterminado. El miedo producido por el virus, y la situación que conlleva, ha derivado a que la población se vea afectada en su estabilidad social, biológica y psicológica (Quezada, 2020). Son las emociones de preocupación y pensamientos negativos lo que hace que la salud mental de la población se vea altamente alterada (Huarcaya-Victoria, 2020). La creciente alarma social, la preocupación de la propia salud y la incertidumbre que creaba una nueva enfermedad desconocida, provocaron que el miedo gobernase entre la población. Para poder calmar la sensación de desinformación y miedo sobre un tema tan actual, la población ha recurrido a la búsqueda de información sobre el virus, su expansión y su incidencia en los medios de comunicación.

Continuamente somos bombardeados con noticias sobre la pandemia actual y cómo va evolucionando. Es por ello que, para mantenernos informados, los medios de comunicación son una gran fuente de información para la población y son estos los que tienen un papel fundamental a la hora de enviar mensajes de salud a la comunidad (Mejía et al., 2020). Pero es cierto que, con el impacto de la pandemia en todos los países, se han visto afectados de manera muy significativa, ya que se ha tergiversado mucho su uso para crear una información falsa o crear tendencias alarmistas o negacionistas. La información que creemos que es verídica y necesaria nos juega un escenario que es paradójico, ya que los bulos y las estadísticas crean una situación de

estrés y temor dónde la población, influenciada por esos errores, falsedades y la ignorancia, padece un estado de sufrimiento prolongado que puede afectar seriamente a su salud.

Desde nuestra visión enfermera debemos detectar los problemas que crea esta alarma social y en qué se ve afectada e influenciada la salud bio-psico-social en los pacientes. Saber cómo influye el miedo y el sufrimiento ante una situación tan dramática en el bienestar de una persona es importantísimo a la hora de saber cómo abordar el problema y que factores se ven alterados o condicionados por ese sufrimiento. La enfermería es la profesión del cuidado holístico de la persona, por lo que es considerada un arte. Tiene una serie de conocimientos que se basan y enfocan a la salud y bienestar de la esfera física o biológica, social, psicológica y espiritual del individuo. Y es por ello que es necesario que la enfermera pueda abordar un problema conociendo y adaptándose a la necesidad de cada persona desde diferentes puntos de vista(Naranjo Hernández et al., 2018).

Durante la pandemia, la población ha sufrido diferentes situaciones estresantes y difíciles, las cuales han alterado su estabilidad en su estilo de vida cotidiano. Y es ahí donde la enfermera juega un papel fundamental, conociendo la situación actual y enfrentándose desde primera línea para ver qué efectos ha tenido el COVID-19 entre la población y cómo les ha afectado. La enfermera debe aplicar todas las capacidades adquiridas para detectar las necesidades que tienen esas personas durante la cuarentena y ayudar, cuidar y/o paliar lo que se encuentre alterado para mantener o recuperar un buen estado de salud.

2. OBJETIVOS

Comentado [U1]: Mayúscula y negrita

2.1. Objetivo General

Comentado [U2]: negrita

Describir el temor y el sufrimiento espiritual ante la pandemia de COVID-19.

2.2. Objetivos Específicos

Comentado [U3]: negrita

- Definir el miedo, el sufrimiento y su valoración en los procesos de enfermedad.
- Conocer e identificar el estímulo fóbico que provoca el sufrimiento.
- Comprender la necesidad de seguridad de los pacientes ante la pandemia del COVID-19.
- Identificar teorías y cuidados de enfermería para atender al miedo epidémico.
- Elaborar un plan de cuidados a una paciente según la Taxonomía NANDA, NOC, NIC y los riesgos complementarios que puede presentar al realizarse una prueba diagnóstica para COVID-19.

3. MARCO TEÓRICO

Comentado [U4]: Mayúscula y negrita
Sangría en TODOS los párrafos de TODOS los apartados a partir del marco teórico

3.1. Miedo.

3.1.1. ¿Qué es el miedo?

Durante toda nuestra vida, desde que nacemos hasta que morimos, somos capaces de admirar y percibir el mundo a través de nuestros sentidos: el tacto, el gusto, la vista, el olfato y el oído; son estos cinco sentidos los que nos comunican qué hay a nuestro alrededor: como huele, a que sabe, si me causa alguna lesión o es beneficioso al tacto... etc. Pero, estos sentidos solo pueden brindarnos la información de nuestro ambiente, por lo que somos nosotros, como individuos, quien debemos juzgar y percibir qué es y qué nos provoca cuando hacemos algo determinado. Es por ello que existen las emociones, aquellas que producen una respuesta y esa información obtenida y nos hace que actuemos de una manera consciente o inconsciente.

Tras la búsqueda de una definición, podemos decir que las emociones son reacciones psicofisiológicas que ocurren de manera automática ante un determinado hecho, recuerdo o idea (Estrada, 2018). Es así como complementamos un suceso con la experiencia de saber qué es y qué emociones nos provoca, lo cual nos ayuda a tomar consciencia de lo que hemos vivido se sienta de una forma determinada. Por ejemplo, la lluvia, al caer, lo percibimos por la vista, viendo las gotas de agua estrellarse contra el asfalto; el olfato, al mezclar esa agua con la tierra dando su olor característico; el tacto al rozar el líquido transparente resbalar por la palma de la mano; el sonido que provoca la precipitación del agua que nos llega por el oído. Pero es al contemplar esta escena, o incluso el propio recuerdo de ella, la que nos hace emanar una emoción que hace que la experiencia de contemplar y percibir se complete.

“Una emoción es una respuesta del individuo ante los estímulos del entorno que coordina diferentes sistemas y tiene como objetivo

proporcionar información para influir en él según sus necesidades. La respuesta emocional se compone de un conjunto de sistemas que incluyen, principalmente, la experiencia personal (pensamientos, apreciación de la situación y sentimiento), la expresión (facial, corporal, verbal), las respuestas fisiológicas periféricas y el comportamiento” (O. G. Pérez & Bello, 2017).

Todas las emociones y los sentimientos que puede albergar y sentir una persona van asociadas a la experiencia del aprendizaje y la percepción del propio individuo. Es por ello que tiene de gran importancia e interés la influencia que tenga la persona con respecto al ámbito cultural para saber cómo este sentimiento y/o emoción se va a ver repercutido en su posterior identificación y expresión del mismo (O. G. Pérez & Bello, 2017).

Según la teoría de las emociones básicas de Paul Ekman (Leperski, 2017), se plantean seis tipos de emociones básicas, independientes de la cultura en la persona. Estas son: alegría, tristeza, ira, sorpresa, asco y miedo. Estas emociones son las principales con las que nace una persona, pero, conforme la persona va creciendo y madurando, no solo a nivel físico sino también en lo social y lo emocional, van apareciendo una serie de combinaciones de esas emociones básicas creando sentimientos nuevos que ayuden a la persona sobre su percepción de los cambios del ambiente que le rodea. Es en esta última, el miedo, donde vamos a investigar y a desglosar en qué consiste.

Se podría definir el miedo como una emoción básica y necesaria caracterizada por un fuerte sentimiento, normalmente desagradable, que está provocado por un estímulo específico ante una situación de estrés o amenaza percibida, sea real o no, en un tiempo indeterminado (presente, futuro e incluso pasado) (C. A. R. Vera, 2020).

Cuando se presenta una situación desconocida, nuestro cuerpo se pone en alerta para estar preparado para cualquier suceso que ocurra. Es cuando hay una amenaza hacia nuestra vida que el sentimiento de miedo aparece y hace buscar una solución para poder escapar del peligro inminente. Este estado de alerta provoca sensaciones y sentimientos, que generan una

respuesta fisiológica. Estos cambios causan que el individuo pueda llegar a ver agravado su salud, tanto física como mental, ya que puede llegar a influir en el desarrollo de una enfermedad o en la conducta de la persona (C. A. R. Vera, 2020).

Esta emoción es considerada un método adaptativo ante una situación determinada y, por lo tanto, la hace necesaria para el desarrollo de la persona. Es por eso que, durante la evolución del ser humano, el miedo ha estado presente como un factor determinante donde la persona ha sabido aprender a sobrevivir de los peligros a los que se exponía, y, junto a los fundamentos sociales y psicológicos, ha originado una cultura y una sociedad con unos patrones establecidos e integrados en nuestra actual comunidad (López et al., 2021).

3.1.2. Características.

Para conocer en qué consiste la emoción del miedo, debemos estudiar cuál es su función y qué tipo de respuesta provoca.

El miedo, al igual que las emociones restantes, cumple una serie de funciones que permite que el sujeto se relacione y se adapte con eficacia. Según Montañés & de Valencia(s. f.), existen tres tipos de funciones principales:

- **Función adaptativa:** considerada una de la más importante dentro de estas funciones, ya que consiste en que la emoción dispone al organismo a que realice una acción determinada dentro de las condiciones del entorno, y por lo tanto la conducta del individuo se adecúe al objetivo deseado.
- **Función social:** donde, una vez visto como se adapta la persona al entorno a través de la emoción, podemos observar cómo la expresión de esta determina el comportamiento del individuo y así facilitar la relación social, la comunicación, expresión de sentimientos, o, por el contrario, la

represión de las emociones, donde también influye socialmente en la conducta de la persona.

- **Función motivacional:** la relación entre la motivación y la emoción es estrecha e íntima, ya que cualquier comportamiento o actividad que sea relacionado con la emoción genera una carga emocional que conlleva que la acción se realice de manera más enérgica, ya que va dirigida hacia un objetivo.

Conociendo la emoción básica en la que nos basamos y cuál es su finalidad, tenemos que conocer las características de la misma y las respuestas que provocan. Según Reyes & López (2019), hay tres tipos de respuestas de las que pueden ser partícipes cualquiera de las otras emociones básicas:

- Cognitivo subjetivo: que se caracteriza por la valoración de la amenaza donde la emoción puede ser más intensa y /o desagradable fundamentada por los pensamientos y la percepción de la misma.
- Cognitivo expresivo: donde se caracteriza por los cambios faciales, conductuales y posturales que tiene la persona.
- Fisiológico adaptativo: donde la emoción activa el organismo y produce cambios en el sistema nervioso y endocrino

Es así como podemos ver y comprobar que la respuesta emocional ante un estímulo no es estática, debido a la dinámica de la reacción afectiva, donde, como explicábamos anteriormente, cualquier proceso psicológico que está relacionado con la emoción tendrá una respuesta cognitiva o fisiológica (Montañés & de Valencia, s. f.).

Al comprobar cómo el miedo tiene una influencia en la respuesta conductual del sujeto, podemos ver así las diferentes fases del miedo y como afecta de manera psicología y fisiológica a la persona, según Reyes & López (2019):

- a) Cautela: el sujeto presenta la emoción del miedo y se encuentra en alerta, pero domina su respuesta ante el estímulo.
- b) Angustia: donde el grado del miedo aumenta y provoca una mezcla de sentimientos negativos en la persona, donde puede llegar a desembocar en la desesperanza.
- c) Pánico: un paso más en la escala del miedo, cuando ya no puede regular la conducta y la respuesta fisiológica es evidente apareciendo sudor, temblores, taquicardia e incluso taquipnea.
- d) Terror: máximo grado de miedo, aparece la parálisis motora y se mantienen las funciones cognitivas.

3.1.3. Factores relacionados con el miedo.

Como describíamos, el miedo es una técnica de afrontamiento y adaptación ante un estímulo. Según el Modelo de adaptación planteado por Callista Roy (Alligood, 2015), es el estímulo el que crea una respuesta en la persona, y ese estímulo puede provenir de un entorno externo, tales como el ambiente que rodea a la persona, como interno, pensamientos o sensaciones que son desconocidos por el individuo y alteran su estado de percepción.

El nivel de adaptación que propone Roy (Alligood, 2015), está compuesto por tres tipos de estímulos:

1. **Estímulos focales:** son los que se presentan de forma directa y afectan al individuo de manera inminente. Ejemplo: dolor.
2. **Estímulos conceptuales:** son los estímulos presentes en la persona que contribuyen en el efecto de los estímulos focales. Es decir, aquellos que provienen del individuo que aumentan el estado de estrés de la persona.

3. **Estímulos residuales:** son factores del entorno, ya sean propios de la persona o no, que están relacionados con experiencias previas y la personalidad de quien percibe el estímulo.

Tras conocer los principales focos por los que es percibido el miedo, podemos estudiar varios de los factores relacionados con su expresión y cómo están estrechamente relacionados con la emoción del miedo.

3.1.3.1. *Ansiedad.*

Definimos la ansiedad como un sentimiento de preocupación, tensión e incluso miedo proyectado hacia el futuro, que puede ser mantenido en el tiempo. Existen varios tipos de trastorno de la ansiedad, pero diferenciamos dos tipos de ella (Campo Durán, 2020):

- La ansiedad de estado, que es aquella que es una respuesta de preocupación, miedo o nerviosismo.
- El rasgo de ansiedad, caracterizado por cómo el individuo se adapta ante una situación de ansiedad y qué respuestas genera.

“La distinción entre el miedo y la ansiedad se podría resumir en que la reacción de miedo se produce ante un peligro real, siendo esta reacción proporcional al estímulo; por el contrario, en la ansiedad es desproporcionado a la peligrosidad del estímulo, surgiendo así el componente patológico de los trastornos de ansiedad, estando influidos por una reacción de miedo desmedida e inapropiada” (Reyes & López, 2019)

Cuando hablamos del miedo podemos decir que hay un foco específico que crea esa emoción, de lo que hablábamos del estímulo que lo provoca, por lo que lo hace episódico y, una vez que ese estímulo desaparece, la sensación

de miedo disminuye, ya que el peligro que era inminente para la persona desaparece. Sin embargo, en la ansiedad, es difícil buscar la causa de la intranquilidad que produce ese suceso que puede ser anticipado. El miedo, por lo tanto, puede desembocar en un futuro, en trastornos de ansiedad y repercutir a la salud mental del sujeto (Sábado, 2020).

“La ansiedad tiene características adaptativas, al motivar al individuo a exponer conductas que permitan desenvolverse de forma adecuada en su entorno, pero cuando esta reacción se vuelve crónica alterando el funcionamiento normal se le conoce como un trastorno de ansiedad.” (Reyes & López, 2019).

Esta sensación de incertidumbre, intranquilidad, que expresa la ansiedad, es expresada, también, de manera fisiológica por el sistema nervioso autónomo simpático. Cuando el sujeto percibe la amenaza el sistema nervioso reacciona y manda señales de activación a los diferentes sistemas para producir taquicardias, hiperventilación, elevación de la presión arterial, desmayo... e incluso también se liberan hormonas del estrés que incentivan el estado de alarma de la persona, liberando cortisol y adrenalina, llegando a poder afectar incluso al sueño. Todas estas alteraciones fisiológicas son acompañadas por manifestaciones conductuales de inquietud y alerta (Quezada, 2020).

3.1.3.2. *Fobias específicas.*

El temor irracional a algo, situaciones u objetos, que para la percepción del sujeto se determina como un peligro real que provoca ansiedad y trastorno de la conducta, se le conoce como fobia específica. Para diferenciarlo de la ansiedad, podemos decir que las fobias específicas son duraderas y que alteran la conducta de la persona influyendo en las actividades de la vida diaria (Loor & Jazmin, 2020).

Para establecer el diagnóstico de la fobia específica, hay que seguir los criterios impuestos por la guía de DSM-5 basados en el estímulo fóbico (Reyes & López, 2019):

- a) Una situación u objeto específico provoca miedo o ansiedad al sujeto.
- b) El estímulo casi siempre provoca miedo de forma inmediata.
- c) Ante la aparición de ese estímulo, la persona presenta una conducta de evitación y ansiedad intensa.
- d) La persona percibe la situación o el objeto de manera desproporcionada como es el peligro en realidad, exacerbando el miedo.
- e) El miedo y la ansiedad por ese estímulo es prolongado durante seis meses o más.
- f) Las emociones que presenta el sujeto de miedo, angustia, intranquilidad y ansiedad provocan que el paciente encuentre alterado su estado de salud y le repercute en el ámbito social y en su vida diaria.

3.1.3.3. *Trastornos de la conducta.*

El miedo tiene un gran impacto en el comportamiento. Una amenaza real desencadena reacciones distintivas de miedo o alarma, a través de respuestas autónomas (como acortamiento de la respiración, aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca), conductuales (congelamiento y/o sobresalto, y respuestas dirigidas de lucha, huida o evitación) y hormonales (la liberación de hormonas del estrés como la adrenalina y el cortisol), las cuales están altamente conservadas en términos filogenéticos, ya que se producen en todos los mamíferos, incluidos los humanos (Quezada, 2020).

Cuando la persona que padece trastorno de ansiedad no puede evitar una situación o huir de la misma que le provoca esa sensación negativa, busca alternativas de modificación de la conducta donde así previene esas emociones y síntomas que le genera esa situación u objeto de miedo. A estas conductas de evitación se le conoce como conductas de seguridad. El miedo está relacionado con los eventos estresantes o traumáticos que ha vivido la persona y, es por ello que, si es difícil olvidarlo, puede llegar a progresar a un trastorno de ansiedad o de la conducta, como el TOC (Trastorno Obsesivo-Compulsivo), donde la persona experimenta la emoción del miedo sin haber una amenaza real (Alvarez Santos, 2020).

Este tipo de trastornos de la conducta, o trastorno de seguridad, pretenden disminuir o eliminar la ansiedad y las consecuencias posteriores que resultan desagradable para la persona, para así también eliminar el pensamiento recurrente obsesivo que lleva a la situación de estrés (Utrera-Pavón, 2019).

3.1.4. Miedo y la enfermedad.

Ante un proceso de enfermedad, la persona siente una incertidumbre constante por cómo van a transcurrir los hechos y la curación de la misma. Es decir, si hay una enfermedad conocida, la persona que padece sabe en qué consiste el transcurso de la dolencia y si es capaz de sobrellevarlo. Sin embargo, como explicábamos anteriormente, ante algo desconocido, aparece la emoción del miedo, ya que no sabemos cómo nuestro organismo va a afrontar la situación y qué consecuencias puede acarrear con ello.

El que nuestra salud se encuentre alterada, o la de nuestros seres queridos más cercanos, genera un ambiente de tensión, ansiedad y preocupación. Es por ello que las emociones que aparecen con más frecuencia ante un proceso de salud son el miedo, la tristeza y, en algunas ocasiones, hasta ira. La aparición de las mismas son procesos adaptativos que hacen que las personas se adecúen a los hechos acontecidos y así buscar soluciones

para centrarse en perseverar su vida ante la amenaza de lo desconocido (*Afrontamiento del COVID-19*, s. f.).

Para el afrontamiento de la situación, las emociones, en este caso el miedo, puede llegar a ser excesivo y, por lo tanto, conllevar a padecer efectos perjudiciales en la salud, tanto a nivel personal como social: ansiedad, xenofobia, agorafobia, etc. En contraposición, cuando existe una ausencia del miedo, puede llegar a ser dañino para la persona, ya que ignora el problema al que se enfrenta y no le busca solución y que conlleve unas consecuencias que también sean perjudiciales para su salud (López et al., 2021).

3.1.4.1 *Hipocondría.*

La hipocondría la podemos definir como una preocupación excesiva o temor a creer que padece o puede contraer una enfermedad que puede llegar a evolucionar con mal pronóstico y, por lo tanto, ponga en peligro su estado de salud. Esta creencia puede llegar a alterar la percepción de la persona llegando a producir los síntomas compatibles a la enfermedad expuesta (Medina & Jaramillo-Valverde, 2020).

Este comportamiento viene derivado por la ansiedad que genera la preocupación del estado de salud de la persona; una mala percepción e interpretación de los estímulos y sensaciones de nuestro alrededor, puede hacer que la persona adquiera un temor excesivo (Nicolini, 2020).

Es durante un brote de una enfermedad, como en la actual pandemia originada por el SARS-CoV-2, que la ansiedad y la preocupación por la salud pueden llegar a ser excesiva y llegar a la hipocondría. Además, si esta preocupación es incentivada con sobre-información o información desproporcionada e incluso errónea, puede agravar el estado de salud de la persona y su hipocondría (Nicolini, 2020).

Comentado [AMD5]: Perfecto

3.1.5. *Miedo y sufrimiento espiritual.*

“El sufrimiento se describe como la respuesta negativa inducida por el dolor y por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos afectivos y otros estados psicológicos” (Hassoun et al., 2019).

Al ser inducido, el sufrimiento está estrechamente relacionado con las emociones, ya que son el reflejo y la manera de expresar ese sufrimiento que tiene la persona. El sufrimiento, puede ser espiritual como físico o psicológico, y depende de la percepción de la persona para darle una connotación negativa o positiva (Hassoun et al., 2019).

Cuando una persona sufre, es cada vez más necesario brindar a poyo y ayuda de cualquier tipo, sobre todo ante un proceso de enfermedad, ya que además de padecer los dolores propios de esta, va acompañado de los más conocidos como dolores del alma: soledad, miedo o tristeza. Así es como el padecimiento de la enfermedad, junto al curso de la misma, está relacionado y afecta a la persona en todas sus esferas: bio, psico, socio y espiritual.

3.1.5.1. Necesidad espiritual relacionada con el miedo: la seguridad.

El estímulo que produce el miedo es percibido de manera diferente por cada una de las personas y es por ello que cada uno tiene unos sufrimientos diferentes a los demás. Pero ante una situación de amenaza, el individuo sufre por necesitar sentirse a salvo, encontrar un sitio seguro.

Si nos guiamos por la Teoría de Motivación de la Pirámide de Maslow (Hamra, 2020), se expone que la persona tiene cinco necesidades básicas que atender, y que llevan un orden o jerarquía, comenzando por las necesidades fisiológicas hasta las necesidades sociales y espirituales, y que de las necesidades básicas fisiológicas, conforme se vayan satisfaciendo, van surgiendo aquellas necesidades más elevadas. El orden correlativo es: necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, afiliación, reconocimiento, y, por último, autorrealización. Cuando uno de los niveles de necesidades está

cubierto, no produce ninguna alteración en el comportamiento, mientras que, si el nivel no lo está, sí que produce alteraciones en la persona y su comportamiento.

Es aquí donde podemos ver como aparece la necesidad de seguridad relacionada como la necesidad básica y cómo repercute al sufrimiento de la persona.

Al estar expuestos a altos niveles de estrés, amenaza, la sensación de seguridad del individuo se ve alterada y percibe su protección como pobre, lo que en cadena produce emociones negativas que generan alteraciones fisiológicas (angustias, ansiedad, nerviosismo, sudoración, taquicardias...etc.). Estas alteraciones presentan una amenaza de la percepción de seguridad y la falta de esta necesidad crea un sufrimiento en la persona que incentiva esas emociones negativas. Las emociones negativas derivadas de esta situación, si se prolongan en el tiempo, pueden llegar a afectar a la salud mental de la persona y relacionarse hasta incluso con enfermedades físicas, ya que la persona se encuentra muy limitada para afrontar y buscar estrategias adecuadas (C. A. R. Vera, 2020)

El miedo, además, cuando la persona está sufriendo por la necesidad de seguridad, busca soluciones que le protejan del peligro, planificando acciones para protegerse y así mitigarlas, pero, paradójicamente, puede aumentar las emociones de miedo y ansiedad, afectando más gravemente a la salud (*Afrontamiento del COVID-19*, s. f.).

3.2. Sufrimiento espiritual.

3.2.1. ¿Qué es el sufrimiento espiritual?

Para poder entender que es el sufrimiento espiritual, debemos de conocer que es la espiritualidad y como se relaciona con el ser humano para poder proyectar ese sufrimiento que vamos a estudiar.

3.2.1.1. *La espiritualidad.*

Entendemos por espiritualidad la creencia que tiene la persona sobre la existencia de algo más allá del mundo material, donde va acompañado a esta práctica conjuntamente con la oración, meditación y /o contemplación. Es en este ritual, donde la conciencia de la persona llega a una dimensión trascendental (Vives Vives, 2017).

Esta práctica alberga, según autores, cuatro partes: creencia, práctica, consciencia y experiencia; donde la creencia es la certeza de ese mundo más allá de lo material; la práctica, la serie de ejercicios imaginativos y contemplativos donde entraría la oración, lectura e incluso la reflexión, que no por qué tiene que ser en plano espiritual; la consciencia, es el conocimiento previo o la percepción de las emociones que influye en el ritual de práctica, que nos lleva a la dimensión trascendental; y por último, la experiencia espiritual, donde los límites del yo se han perdido y el sentido de la mente ha cambiado dirigiendo su orientación hacia Dios, el mundo más allá de lo material o los demás. Estas cuatro partes, se puede combinar hasta de nueve maneras diferentes (Vives Vives, 2017).

El concepto de espiritualidad y la percepción que tenemos del mismo, casi siempre ha estado ligada a la idea de la religión, pero son diferentes. La religión se entiende más por un movimiento social que está ligado a la cultura y la espiritualidad está definida como una experiencia personal a través de las cuatro partes que hemos explicado anteriormente. Aunque la espiritualidad está estrechamente ligada con la religión, debido a que las personas realizan esta serie de prácticas cuando pertenecen a un culto religioso, en su mayoría, y por ello tiende a confundirse (Vives Vives, 2017).

La espiritualidad implica una reflexión sobre el propósito de la vida, por lo que hace que el individuo reflexione y así establezca una conexión entre el universo y los otros. Al estar ligada con el yo interior, la naturaleza y aquellas cosas que la persona percibe de su entorno, podemos ver como la espiritualidad influye en la salud y bien estar de la persona (Freire et al., 2017).

A través de ella, el individuo es capaz de encontrar una satisfacción más plena consigo mismo alcanzando el bienestar espiritual. Es así como lo definimos como la capacidad de la persona que tiene para proyectarse en los ámbitos esenciales de la vida, la búsqueda de su sentido, el significado de la muerte y el mundo que le rodea (Farfano et al., 2018).

Cuando la persona se cuida y alcanza su bienestar espiritual, es capaz de adecuar sus emociones y sentimientos que le afecten (como el miedo, el estrés y la ansiedad) a la situación estresante sin que las demás sensaciones perjudiquen al estado psíquico y físico de la persona (Muñoz Devesa et al., 2014).

3.2.1.2. *Sufrimiento espiritual.*

Según la NANDA I (Herdman et al., 2019), se define el sufrimiento espiritual como:

“Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior”.

Es por ello, por lo que podemos complementar el sufrimiento con la espiritualidad, ya que los dos, son una parte esencial del ser humano, inherente, y por ello es propenso a experimentarlo cuando ocurren acontecimientos vitales en la vida de la persona tales como el dolor, una enfermedad, muerte, soledad... (Espinosa Pérez, 2018).

“El sufrimiento es una experiencia común a toda la humanidad, que no podemos confundir con el dolor, siendo este físico. (...). Es una experiencia de límite, tanto moral como

existencial, mental, religiosa, social o política. Nos recuerda que somos seres limitados, finitos, vulnerables.”(Muñoz Devesa et al., 2014).

Comentado [AMD6]: Pon alguna frase antes para que no haya dos textos seguidos literales.

Tras conocer el significado del sufrimiento y la espiritualidad, es entonces cuando podemos decir que este padecimiento que sufren las personas afectan a su yo interior a la percepción de su entorno, bloqueando así la respuesta de la persona que necesita para afrontar el sufrimiento que padece. Es por ello que cada persona sufre de manera individual con su experiencia concreta, ya que depende de las prioridades de la persona, valores y recursos de la misma (Muñoz Devesa et al., 2014).

3.2.2. *Cuidado espiritual por enfermería.*

Los cuidados de enfermería son un conjunto de actividades dirigidas al paciente y que resultan necesarios y fundamentales para el cuidado holístico de la persona. Los llamados cuidados invisibles, son aquellos que no se realizan de manera física con el paciente, pero que repercute de forma directa o indirecta en la salud del enfermo. Estos cuidados no pueden ser medidos, pero son esenciales a la hora de valorar la dependencia que influye la calidad de los mismos (Huari & Marlene, 2019).

La espiritualidad es la dimensión del hombre, que junto con la biológica, social y psicológica, depende íntegramente el sentido de la vida del ser humano, y es por medio de las interacciones del mundo que le rodea y con los demás, junto con el propio ser, que la persona percibe y siente los acontecimientos vitales que le ocurren (Huari & Marlene, 2019).

Las necesidades espirituales deben tenerse en cuenta entre el gremio de las enfermeras para así poder ofrecer una calidad de cuidado mejor al incluir esta dimensión en el proceso de planificación del paciente.

“Toda persona es un ser que sufre, y este sufrimiento se ve exacerbado durante el proceso de enfermedad. De aquí podemos deducir que una persona, entendida como una unidad bio-psico-socio-espiritual, debe ser tratada con dignidad y respeto a través de cuidados humanísticos, ofreciendo cuidados de carácter global donde la persona se convierta en el centro y la razón de ser de la enfermería” (Muñoz et al., 2014; Ibáñez, 2019).

La integridad y la dignidad el enfermo, es el punto principal del que debe partir el profesional de enfermería para asegurar unos cuidados holísticos, humanizados e individuales que cubran en su totalidad, a ser posible, las necesidades alteradas que encuentre la persona durante el proceso de enfermedad (Allande Cussó et al., 2020).

Un método eficaz para ayudar a fomentar la esperanza en la curación, ayudar a cuidar durante el proceso de enfermedad y fomentar el autocuidado en los pacientes, es la espiritualidad, ya que los beneficios obtenidos de las creencias espirituales, en algunas experiencias vividas, son un alivio y/o descanso ante el miedo, estrés o ansiedad que produce esta situación, por lo que ayuda al afrontamiento y al consuelo emocional (Freire et al., 2017).

En varios estudios, se ha comprobado que existen beneficios emocionales, mentales, físicos que influyen en el nivel de calidad de vida de las personas, mediante la espiritualidad, ya que ayuda al alivio del sufrimiento y resulta ser un buen soporte terapéutico (Allande Cussó et al., 2020)

El personal de enfermería parece no poder abordar bien este tipo de cuidados espirituales, por lo que hay una carencia de formación entre el personal referente a la esfera espiritual de los pacientes (Devesa, 2019). Aunque es el personal con mejor actitudes antes estos cuidados, debe tomar conciencia de cómo detectar e identificar la necesidad espiritual y como abordar y cuidar al individuo mediante técnicas que le ayuden a priorizar ideas, creencias, fomentar la esperanza durante la enfermedad (Morillo Martín et al., 2017).

3.3. SARS-CoV-2. O COVID-19.

3.3.1. ¿Qué es la COVID-19?

A finales del año 2019, en la ciudad de Wuhan, China, se documentó la aparición de un nuevo virus. Su evolución registró un alto número de contagios entre la población dando entre ellos síntomas parecidos a una infección respiratoria y neumonía. Este contagio se extendió alrededor de países colindantes hasta llegar a afectar a 24 países de todo el mundo, por lo tanto, se convirtió en una emergencia sanitaria mundial, una pandemia. Esta nueva enfermedad es conocida como coronavirus, o COVID-19.

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020), los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades y son conocidos por originar infecciones respiratorias en humanos, cursando una sintomatología parecida a la de un resfriado, hasta patologías más graves como un síndrome respiratorio agudo severo (SARS). El nombre científico designado para esta enfermedad por El Comité Internacional de Taxonomía de Virus es SARS-CoV-2, haciendo referencia a la sintomatología que cursa, síndrome respiratorio agudo severo de tipo 2, originado por la familia de coronavirus (Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020).

El SARS-CoV-2 se considera un virus altamente contagioso debido al ritmo de reproducción del mismo (R_0), que es la capacidad con la que el virus puede infectar desde un huésped enfermo.

“Si el $R_0 < 1$, la enfermedad desaparece después de un periodo de tiempo, mientras que si el $R_0 > 1$, la enfermedad se propaga entre las personas” (Pastrian-Soto & Pastrian-Soto, 2020).

Las OMS, al principio de la pandemia, estimó que el COVID-19 oscilaba entre un R_0 de 1.4 y 2.5, pero actualmente se encuentra entre 0.67 y 1.23, lo cual indica un descenso en su nivel de propagación de la enfermedad (Trilla, 2020).

Este brote de coronavirus no es el primero cursado en humanos, ya que coexisten seis tipos diferentes, aunque cada uno tiene un grado de patogenicidad en humanos; todas ellas son enfermedades del sistema respiratorio. Aquellas más patógenas parecidas al COVID-19 son las MERS-CoV (Síndrome de Respiratorio Medio Oriente) y la SARS-CoV causando infecciones de las vías respiratorias inferiores (Aragón-Nogales et al., 2019).

La vía de transmisión de este virus es la que se contagia por contacto y gotas respiratorias, por vía aérea. Cuanto mayor es el tiempo que se está en contacto con una persona enferma y sin las protecciones adecuadas, mayor es la probabilidad de contagio. La transmisión del virus entre personas sanas y personas infectadas puede ser asintomático; desde que la persona adquiere el virus durante el periodo de latencia de la enfermedad puede llegar a contagiar a aquellas personas de su alrededor. Esto supone que haya una dificultad en el control de contagios de la enfermedad (Trilla, 2020)

A pesar de los altos niveles de contagio, alrededor del 80% de las personas que han contraído la enfermedad se recuperan sin tratamiento hospitalario, pero 1 de cada 5 personas que contraen el virus pueden llegar a desarrollar un cuadro grave con sintomatología parecida a la neumonía (OMS, 2020).

3.3.2. Características.

3.3.2.1. Epidemiología.

➤ Periodo de incubación.

Según los estudios realizados, se estima que el periodo de incubación de este virus sea de 1 a 14 días, donde los síntomas se generen o aparezcan entre el quinto día y la primera semana (Pastrian-Soto & Pastrian-Soto, 2020).

Se ha estudiado que la familia de los coronavirus tiene su periodo de incubación estimado de 4 a 7 días, y que durante esos días es cuando más se produce el contagio. Pero con los recientes estudios de SARS-CoV-2 se ha

estimado que su incubación e incluso transmisión puede alargarse hasta los 14 días, y en algunos casos hasta 24 (Pérez Abreu et al., 2020).

La OMS ha establecido que, como método de prevención durante esos 14 primeros días, donde la incidencia de contagio es mayor, un método conservador de aislamiento para reducir ese contagio (OMS; 2020).

➤ **Vía de transmisión.**

La vía de transmisión, descrita por Pérez Abreu et al. (2020), puede ser de dos formas: animal- humano y humano- humano, pero nos vamos a centrar en esta segunda opción:

La principal vía de transmisión entre personas es contacto directo con las gotas respiratorias (gotas Flügge) que se expulsan por la nariz y la boca al hablar, toser...etcétera, acompañados de la manipulación de las manos contaminadas por esas secreciones. Además, está la transmisión aérea de aerosoles capaces de transmitirse hasta 2 metros de distancia.

Es durante la fase sintomática donde se expulsa mayor cantidad de mucosa debido a la tos que presenta el paciente. En los casos asintomáticos, al no presentar un desarrollo del cuadro clínico es más complicado detectar que ha sido contagiado esa persona, por lo que el periodo de incubación y la vía de transmisión es lo mismo (Pérez Abreu et al., 2020).

➤ **Factores de riesgo.**

Parece, según los estudios realizados, que esta enfermedad afecta los adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas: hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y/o enfermedad cardiovascular (Pastrian-Soto & Pastrian-Soto, 2020). Son las personas mayores de 60 años las que se ven más afectadas por el virus, y, entre ellos, los hombres padecen mayor incidencia que las mujeres (Trilla, 2020).

El no llevar una buena higiene, tanto de manos como personal, donde además es acompañado de una mala manipulación y un descontrol del

contacto, no restringir el contacto con las demás personas y no llevar el uso de la mascarilla, agrava la probabilidad de contagiarse de COVID-19 (Pérez Abreu et al., 2020).

Se han hecho recientes estudios en laboratorio donde se puede evidenciar que los pacientes que tienen un déficit de glóbulos blancos y plaquetas en sangre ven agravados los síntomas y pueden llegar a desarrollar una linfocitopenia, trombocitopenia y leucopenia (Pastrian-Soto & Pastrian-Soto, 2020).

Son, por lo tanto, estos grupos de personas las que presentan una rápida progresión en los síntomas y desarrollan la enfermedad con más agresividad, llegando a presentar en casos extremos y, generalmente en personas mayores, fallos multiorgánicos.

3.3.2.2. Sintomatología.

La sintomatología de la SARS-CoV-2 es diferente dependiendo del individuo. Puede variar desde asintomática a cursar una neumonía grave. Entre los síntomas más comunes encontramos una sintomatología compatible con una gripe, cursando fiebre, tos, disnea, dolor de cabeza, diarrea, náuseas y vómitos, fatiga y hasta dolor muscular, además de una característica muy definitoria de este virus que es la pérdida de gusto y olfato. Dentro de los casos asintomáticos, se debe de llevar un buen control de casos de la enfermedad para su temprana detección para un seguimiento exhaustivo y preventivo de una posible evolución de los síntomas (Pérez Abreu et al., 2020).

Los síntomas más graves que han necesitado de recursos en hospitalización corresponden al síndrome respiratorio grave, con dificultad respiratoria, shock séptico, hasta en casos extremos provocar la muerte (Pastrian-Soto & Pastrian-Soto, 2020). Estos pacientes constan de alrededor un 20% de los pacientes infectados (Trilla, 2020).

3.3.2.3. *Diagnostico.*

Tras realizar varios estudios, al comienzo del brote de la epidemia en los países asiáticos, los más afectados al principio, se escogía como prueba de diagnóstico de elección la prueba PCR. Esta prueba consiste en un exudado nasofaríngeo de la mucosa de la zona escogida para analizar la presencia del virus en el organismo del individuo. Esta prueba diagnóstica examina la reacción en cadena de la polimerasa de los microorganismos que se encuentren en las vías respiratorias superiores (Pérez Abreu et al., 2020). Complementaria a esta prueba, se encuentra la PCR con análisis serológico, donde se valorará desde laboratorio la presencia de anticuerpos generados por el organismo ante el antígeno del virus para decir si el paciente ha estado en contacto con el virus o no (Aguilar Ramírez et al., 2020).

Además de la PCR, existe otro método que puede ser complementario a la PCR, se trata del test de antígenos. La prueba consiste, al igual que la PCR, en dos tipos de pruebas: exudado nasofaríngeo y análisis de sangre. Estas pruebas tienen una duración de 15 minutos aproximadamente, por lo que se las conoce como test rápidos. Una vez realizada la muestra (tanto nasofaríngea como sanguínea), y siendo expuesta ante un reactivo, el predictor nos notificará si el paciente es positivo en COVID-19 o no (Aguilar Ramírez et al., 2020).

Siguiendo las indicaciones de Morales-Angulo et al. (2020), se realizará el exudado de manera segura tanto para el profesional como para el paciente, así evitando un riesgo de contagio en su realización y posterior manipulación de la muestra. El material a utilizar será: los hisopos nasofaríngeos para recoger la muestra, el medio de transporte adecuado para depositar el medio sin posible contaminación, y equipo de protección individual (EPI), el cual es indispensable la formación sobre como colocárselo y su posterior retirada.

Según el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (*COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf*, s. f.), se establecen unos requisitos para realizar esta prueba, ya que debe realizarse lo

más pronto posible al ser notificado el contacto estrecho con un positivo o presentar síntomas compatibles con el virus.

“A toda persona con sospecha de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una prueba diagnóstica de infección activa por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas. Si resulta negativa y hay alta sospecha clínico-epidemiológica de COVID-19 se recomienda repetir la prueba”(COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf, s. f., p. 19).

Se considera un caso sospechoso cuando la persona presenta un cuadro clínico compatible con la sintomatología descrita anteriormente; aquellas personas que ya han pasado por la infección en los 90 días anteriores no son consideradas positivos sospechosos, excepto los profesionales sanitarios afectados. Los casos probables serán aquellos que los resultados de las pruebas diagnósticas son negativos, pero presentan síntomas compatibles. Y, por últimos, los casos descartados serán aquellos que tanto pruebas serológicas como PCR sean negativas y no hay síntomas.

“Un resultado positivo de IgG por serología de alto rendimiento realizado en una persona asintomática se considerará una infección resuelta.”

(COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf, s. f., p. 19).

3.3.2.4. Tratamiento.

Hasta ahora, no se ha estipulado un tratamiento específico que elimine el virus del organismo de la persona infectada, solo aquel tratamiento que minimice los síntomas que este produce, y soporte respiratorio en casos graves con afectación orgánico. Es por ello que se recomienda una inmediata serie de medidas preventivas para llevar un control de la posible infección (Aragón-Nogales et al., 2019).

En el año 2021 se empezó a administrar las primeras vacunas contra la SARS-Cov-2 a la población más vulnerable hasta el resto de la población gradualmente conforme al orden de priorización establecido por cada país (París, 2021).

A pesar de tener un gran avance en los medicamentos, no hay una fórmula específica que contrarreste al virus en su totalidad. Es por ello que se establecieron medidas de restricciones convencionales para minimizar el contagio entre personas. Estas consisten en asilamiento domiciliario durante 15 días mínimo si es posible el contagio y/o presentar síntomas compatibles al virus; higiene de manos en todo momento con solución antiséptica o solución jabonosa; distanciamiento social entre un metro y medio y dos metros entre personas no convivientes, y minimizar el contacto entre las mismas por contacto; y por último, el uso de la mascarilla, ya sea quirúrgica o FFP2 para evitar el contagio por aerosoles (Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020).

3.3.4. Consecuencias de la pandemia.

Las consecuencias que ha conllevado la pandemia son múltiples y han tenido repercusión en varios ámbitos de nuestra vida cotidiana y nuestra realidad. Principalmente se pueden describir en dos consecuencias fundamentales: económicas, políticas y de salud: psicológicas y físicas.

Con respecto a las económicas, se ven afectadas debido a la reducción de actividades de ocio, como describíamos anteriormente. Las personas a cargo de un establecimiento o una empresa que dependiese del ocio, ha tenido que clausurar su actividad por un tiempo indefinido para así minimizar los ambientes de posible contacto y contagio entre las personas. Por lo que esos negocios se ven afectados de manera económica al no ver ingresos, y en acción en cadena, la estabilidad de la o las familias también se ve afectada, además de aquellas personas que tienen imposibilidad para ir a trabajar, consecuencia del confinamiento (Medina & Jaramillo-Valverde, 2020).

Complementando a la situación económica que sufren muchas familias, se le suma el sentimiento de angustia y ansiedad que prolonga el estado de la pandemia, ya que es indefinido. Es por ello que toda esta situación ha alterado psicológicamente a las personas y a lo respectivo con su estilo de vida, causando miedo y sufrimiento, pudiendo llegar a transformarse en problemas de salud más serios (Medina & Jaramillo-Valverde, 2020).

A pesar de las consecuencias que se ven en la actualidad, se prevé que la pandemia pueda llegar a tener más repercusiones de ámbito económico y de salud que perduren durante un tiempo indeterminado.

3.3.4.1. La sobre-información de enfermedades durante la pandemia.

Para poder estar al día de las novedades y el avance del virus, no solo a nivel nacional, sino a nivel mundial, la población se mantiene informada mediante las nuevas tecnologías que hay a nuestro alcance en constante contacto con los medios de comunicación.

La desinformación producida por un nuevo virus que afecta a nivel mundial, como explicábamos anteriormente, genera desconfianza y un miedo que influye a las personas en su comportamiento. En las noticias de todo el mundo se divulgó información del COVID-19 aun no sabiendo como actuaba el propio virus entre la población, pero ya se hablaba de cómo podía ser un posible contagio, qué países estaban actuando de qué manera, si era lo mejor o lo peor actuar de una forma u otra...En definitiva, se especulaba sobre algo que no se conocía, ni podía llegar a conocerse todavía, porque no se había llegado a estudiar de manera científica. Esta desinformación e incertidumbre creó una alerta social entre los ciudadanos.

En varios estudios se puede ver el incremento de búsqueda durante la primera fase de aparición del virus en páginas de internet, lo que determina el interés social que había y sobre qué temas preocupaban más a la población: el contagio, las pruebas diagnósticas, el número de muertes o de contagios, las medidas sociales y políticas que se llevaban a cabo...etc. (Arshad Ali et al., 2020).

A este fenómeno se le denominó como la “infodemia”, en el que consiste en adquirir una información que va influenciada por el miedo o rumores sobre un tema específico, que puede llegar a ser falsa o errónea, y que afecta de manera negativa a la comunidad (Sanchez et al., 2020).

La exageración de los medios de comunicación o la sobre carga de información en aquellas personas que buscan una explicación ante el nuevo acontecimiento, puede llegar a ser paradójico, haciendo que esa información adquirida sea errónea y los conocimientos de la persona sean, por consiguiente, equivocados (Sanchez et al., 2020). Es decir, no por tener más información la persona está mejor informada, ya que ese tipo de investigación necesita ser contrastada por fuentes verídicas para así tener una mejor calidad de conocimiento en el tema.

Comentado [AMD7]: Perfect

3.3.5. Relación del miedo y el sufrimiento espiritual con la COVID-19.

Las personas han tenido una serie de consecuencias psicológicas, físicas y espirituales que han estado derivadas del estado de la pandemia por la COVID-19. Como hemos descrito anteriormente, el miedo y la desinformación ante este nuevo virus genera un estado de sufrimiento a la persona, debido a que su nivel de seguridad se encuentra alterado, y es por ello que sufren para poder mantener una calidad de vida estable y un buen estado de salud.

Las emociones de tristeza, miedo y enfado, son producidas por el sufrimiento espiritual que está pasando esa persona a consecuencia del confinamiento, crisis económica, o la disminución de las relación social que se derivan de la pandemia (Sandin et al., 2020). Ante una emergencia sanitaria, los problemas derivados de salud mental son muy comunes, y es por eso por lo que aparece miedo y ansiedad recurrentemente en estas situaciones (Huarcaya-Victoria, 2020). Además, entre la población reina el miedo al propio contagio y entre los allegados; la tristeza y desolación de no poder despedirse de los familiares y seres queridos fallecidos en medio de estas circunstancias,

debido a la imposibilidad de verse sin riesgo de contagiarse entre ellas (Quezada, 2020).

Es por ello que podemos decir que el sufrimiento espiritual ha estado muy presente en la vida de la gente durante este último periodo donde la salud se ha visto muy limitada y eso ha derivado en la importancia de ver y apoyar espiritualmente a la persona, además de tener una atención bio, psico y social, para así poder atender al individuo de manera más integral.

3.4. El cuidado de enfermería en pacientes que padecen temor y sufrimiento espiritual ante el COVID-19.

Para un buen cuidado especializado e integral que cubra todas las dimensiones de la persona, el personal de enfermería debe ser un factor determinante que le ayude a avanzar de manera positiva durante el proceso. El rol que pueda ejercer la enfermera durante su intervención con el paciente no se basa exclusivamente en la patología base que pueda tener la persona, sino que engloba todas sus esferas para tener una mejor calidad de servicio y cuidados (Morillo Martín et al., 2017).

La enfermería es un elemento muy importante en la educación de la necesidad espiritual, haciendo ver que los cuidados de la persona también dependen de los sufrimientos y temores que esta padece. Y es al abordarlos, cuando el proceso de enfermedad, la calidad de cuidados y su posterior curación, se ven mejorados (Huari & Marlene, 2019). Este personal especializado debe de tener unas cualidades y actitudes que favorezcan una buena asistencia sanitaria y una buena calidad de cuidados, ya que es una situación vulnerable donde la confianza entre paciente y enfermera es crucial. La escucha activa, la empatía, respetar los silencios y mostrar apoyo, son recursos esenciales para establecer esa conexión con el paciente (Morillo Martín et al., 2017).

Ante la nueva situación de crisis sanitaria, la población es más susceptible a padecer enfermedades mentales derivadas del estrés situacional actual, por lo que los cuidados enfermeros deben de ser más humanos y

cercanos posibles. Son situaciones de mucho estrés, y temor acumulado, que pueden hacer que el o la paciente vea repercutido su estado de salud, y es por eso el personal de enfermería, el más cercano con el paciente, el que debe de, tan solo con su presencia, cuidar, educar o incluso paliar el sufrimiento que tiene la persona (Allande Cussó et al., 2020).

Como describíamos anteriormente, nos basamos en el modelo enfermero de Callista Roy (Alligood, 2015) que propone un modelo de adaptación en los procesos de la vida dependiendo de los estímulos que percibe la persona, para poder entender de donde procede el miedo infundido y cuál es su método de afrontamiento.

Para valorar la capacidad de adaptación que tiene la paciente, y cómo afronta y toma iniciativas sobre mejorar su salud, nos orientamos en la Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem (Alligood, 2015). En ella se nos plantea una relación que existe entre el cuidado terapéutico y las indicaciones del mismo con la acción del paciente, su iniciativa para mejorar su salud, y su capacidad de autocuidado y responsabilidad.

Comentado [AMD8]: Perfecto el contenido.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

La metodología empleada en el estudio es de tipo cualitativo, donde se busca estudiar y comprender los fenómenos a investigar desde el punto de vista de los participantes que son objeto de estudio (Calero-Ricardo & Ramos, 2017).

Dentro de una investigación cualitativa, se escogerá el estudio de caso, que consiste en la obtención de un caso en concreto para individualizarlo y su posterior estudio (Fernández Riquelme, 2017).

4.2. Sujeto del estudio.

La paciente se trata de una mujer de 25 años que acude al servicio de PCR del Hospital Reina Sofía. Aparentemente con buen estado de salud e independiente en ABVD (Actividades básicas de la vida diaria). Durante la espera para realizarse la prueba diagnóstica, manifiesta signos y síntomas de una crisis de ansiedad agravándose hasta desmayarse.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio está compuesto de dos fases.

La primera fase se realizó en el Servicio de Sala de Extracciones y PCR del Hospital Reina Sofía en el periodo de prácticas entre el 27 de septiembre y el 15 de noviembre de 2020 donde se recogió la información del caso de la paciente. Para este estudio, la paciente y el coordinador de enfermería del centro dieron su consentimiento para la recogida de datos.

En la segunda fase, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la información acorde y necesaria para el estudio, durante la fecha de 15 de diciembre de 2020 al 28 de abril de 2021.

4.4. Procedimiento de recogida de información

Para la recogida de datos, la paciente ha sido informada y ha accedido a realizar la entrevista dando su consentimiento verbal, manteniendo en todo momento el anonimato de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (*BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2018-16673*, s. f.).

4.4.1. Fuente de información.

Como fuente de información hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- La historia clínica del paciente:
 - Valoración de enfermería.
 - Entrevista semiestructurada y observación al paciente.
 - Exploración física.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet y Google Académico; las palabras clave y descriptores fueron Cuidados, Enfermería, COVID-19, SARS Virus, Coronavirus, Estrés psicológico, Miedo, Prejuicio. También han sido revisados otros documentos como manuales, libros especializados, protocolos y guías de práctica clínica.

4.4.2. Procedimiento de información.

La recogida de información se realizó después de pedir autorización al paciente y al personal de coordinación de enfermería del centro donde se realizaron las prácticas, para poder garantizar la confidencialidad del paciente.

En el primer momento, comenzamos con una entrevista semiestructurada con la paciente para poder realizar una valoración acorde con la información necesaria para el estudio, siguiendo los 11 patrones de Marjory Gordon. La entrevista fue conjunta con una exploración física complementada en función a los ítems de los patrones valorados. Así se pudo asignar unos diagnósticos enfermeros acorde con los problemas que plantea la paciente y realizar el plan de cuidados.

Seguidamente, se realizó una revisión de la historia clínica de la paciente para poder obtener datos de interés: antecedentes (tanto personales como familiares), enfermedades actuales y anteriores, tratamiento terapéutico, pruebas diagnósticas, cuidados, y registros de enfermería previos. Esta información nos hace conocer de manera más específica los problemas de salud que ha padecido, o que padece la paciente, y valorar si esa información tiene relación con el caso a estudiar.

Para terminar, se realizó una revisión bibliográfica de literatura publicada, con los descriptores y palabras claves específicos descritos anteriormente en las bases de datos mencionadas.

4.5. Procesamiento de los datos.

Los datos fueron analizados y organizados en los siguientes procedimientos:

En primer lugar, se realizó una valoración, en función de los 11 patrones de Marjory Gordon (Alligood, 2015), para poder visualizar los patrones alterados y obtener un diagnóstico enfermero de aquello que se encontrase alterado. Para obtener el diagnóstico enfermero principal y su problema de colaboración,

se ha realizado un análisis en base a la Metodología Enfermera asociada al Modelo AREA (P. E. Pérez, 2020).

Para poder diagnosticar los patrones alterados que presentaba la paciente, se ha utilizado la taxonomía NANDA Internacional (Herdman et al., 2019), y, tras obtenerlos, mediante una red de razonamiento clínico, se ha elegido el diagnóstico principal. Y para la obtención del problema de colaboración, junto a su riesgo de complicación, se ha hecho una revisión bibliográfica del Manual de Diagnósticos Enfermeros (Carpenito et al., 2018), junto con artículos científicos, como en este caso el documento *Enfermedades infecciosas. Toma de frotis de la nasofaringe*, (s. f.).

A continuación, se estableció, en función a la finalidad que queríamos conseguir con el paciente, unos objetivos de acuerdo con la taxonomía NOC (Moorhead, 2019), y así poder planificar unas intervenciones enfermeras a partir de la taxonomía NIC (Butcher, 2019), que nos permitiese cumplir, tras realizar las actividades, ese objetivo propuesto.

Después de planificar nuestro plan de cuidados, se ejecutaron las intervenciones propuestas y se evaluó los resultados obtenidos de acuerdo con los criterios de la taxonomía NOC, establecidos anteriormente.

Por último, al realizar la revisión bibliográfica se obtuvieron en las bases de datos mencionadas anteriormente, junto a los descriptores y filtros establecidos, los siguientes artículos:

| Base de datos | Descriptores | Métodos de inclusión y exclusión | Artículos entrados | Artículos utilizados |
|---------------|---------------------------|--|--------------------|----------------------|
| PubMed | Coronavirus Infection | ·Años: 2019-2021 ·Documentos en inglés y castellano | 712 resultados | 1 |
| | Infección por Coronavirus | | 33 resultados | |

| | | | | |
|--------|---------------------------------------|---|--------------------|---|
| | ·SARS Virus ·Enfermería | ·Texto: completo disponible | 7743 resultados | 1 |
| | ·Stress, Psychologist·Coronavirus | | 826 resultados | 1 |
| | ·Fair·Coronavirus | | 84 resultados | 1 |
| | ·Miedo·Coronavirus | | 119 resultados. | 2 |
| | ·Coronavirus ·Prejudice | | | |
| | ·Coronavirus ·Prejuicios | | | |
| Scielo | ·Coronavirus | ·Años: 2019 -2021 | 1091 resultados | 2 |
| | ·Infecciones por coronavirus | ·Documento s en inglés y castellano ·Texto completo disponible | 195 resultados. | 3 |
| | ·Stress, Psychologist ·Coronavirus | | 6 resultados | 4 |
| | ·Miedo ·Coronavirus | | 13 resultados | 2 |
| | ·Prejudice ·Coronavirus | | 1 resultado | 1 |
| Google | ·COVID-19 | ·Años: 2019 | 1118 | 3 |

| | | | | |
|-----------|-----------------|-----------------|-------------------|---|
| Académico | Infecciones por | -2021 | resultados | |
| | coronavirus | ·Texto completo | | |
| | ·Virus del SARS | disponible | 6.260 resultados | 7 |
| | ·Miedo | | 22.400 resultados | 3 |
| | ·Coronavirus n | | 724 resultados | 6 |
| | ·Sufrimiento | | | |
| | ·COVID-19 | | | |
| Dialnet | ·COVID-19 | ·Años 2019 | 6 resultados. | 4 |
| | ·Miedo | - 2021 | | |
| | ·Infección por | | 280 resultados | 3 |
| | Coronavirus | | | |
| | ·Sufrimiento | | 15 resultados | 5 |
| | ·COVID-19 | | | |

Comentado [AMD9]: Sin problemas. Ya comienza a aceptarse en ciencia el uso de esta base de datos o metabuscador

Tabla1: *Revisión bibliográfica en bases de datos, y los artículos correspondientes encontrados y utilizados.* Elaboración propia.

5. RESULTADOS.

5.1 Descripción del caso

Mujer de 25 años, que acude al servicio de extracciones y PCR del Hospital Reina Sofía para hacer realizarse la PCR. La paciente va a ser intervenida dentro de dos días en quirófano para eliminar un carcinoma maligno, de pequeño tamaño, que tiene en la zona de la frente.

Para poder ser intervenida, es necesario que tome las medidas de precaución y siga el protocolo de actuación de preoperatorio correspondiente que hay debido a la pandemia actual producida por el virus SARS-CoV-2, más conocido como COVID- 19 o coronavirus. Este protocolo exige a todos los pacientes que van a realizar una prueba funcional u operación que, mediante una PCR (exudado nasofaríngeo), den negativo a ser portadores del virus.

La paciente llega sola al sitio de extracciones con claros signos de ansiedad. Se encuentra temblorosa e hiperventila progresivamente desde el momento que llega a la sala, hasta que es su turno de realizarse la prueba. Tras intentar tranquilizarla y explicarle la prueba para que entendiese qué se le iba a hacer y de qué manera, no conseguimos ningún avance y su clínica empeora hasta llegar a desmayarse.

Al despertarse, se echa a llorar desesperadamente y cuando ya está un poco más tranquila y hablamos con ella, decide que está lista para proseguir y así podemos proceder a hacerle la PCR.

- Antecedentes: Ninguno conocido, No AMC.

- Tratamiento:

Ventolín (salbutamol) inhalado prescrito para crisis de asma.

5.2. Valoración del caso

Para esta valoración nos basamos en los Once Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon (Suarez, s. f.).

1) Patrón percepción / manejo de la salud.

Patrón riesgo de alteración.

- No AMC
- Orientada y consciente
- Tiene interés en su enfermedad y los procesos que la conlleva
- No hábitos tóxicos, excepto alto consumo de café.
- Padece de asma y tiene buena adherencia al tratamiento prescrito.
- Durante los últimos 10 meses padece de ataques de ansiedad, agravados en el estado de alarma producido por la pandemia.
- Presenta leve tos, que dice preocuparle.

2) Patrón nutrición / metabolismo.

Patrón alterado.

- Autonomía para alimentarse.
- IMC correspondiente a su peso y altura.
- No presenta ninguna alteración para la ingesta de comidas.
- Se encuentra dando lactancia a su hija de 21 meses.
- Alteración de la piel: carcinoma maligno en la zona frontal de la cabeza.
- Eccemas y enrojecimiento alrededor del carcinoma que provocan prurito.

3) Patrón eliminación.

No procede valorar este patrón.

4) Patrón actividad / ejercicio.

Patrón alterado.

- No tiene problemas para moverse, ni problemas para realizar cualquier trabajo físico que le impida durante su vida diaria.
- Presenta una leve tos.
- Trabajadora particular a domicilio y ama de casa.
- Estilo de vida metódico y sedentario.
- No suele realizar actividades de ocio y no quiere interesarse por ello por la situación actual de la pandemia y el miedo a contagiarse.

5) Patrón sueño / descanso.

Patrón alterado

- Dificultad para conciliar el sueño.
- Causa de la dificultad para dormir: preocupaciones personales
- Influye la falta de descanso en sus actividades
- Ritual para dormir: ver la televisión hasta altas horas de la noche hasta que consigue conciliar el sueño.
- Horas totales de sueño al día: 5 horas.

6) Patrón cognitivo / perceptual

Patrón alterado

- Orientada y consciente

- Fobia y miedos actuales: contagiarse del COVID- 19 y las consecuencias que conlleve.
- Intranquilidad por hacerse el PCR.
- Presenta ansiedad.
- Crisis de ansiedad repetidas desde el pasado mes de diciembre, según dice, desde la muerte de su padre.
- Falta de conocimientos ante la prueba que se le va a realizar e influencia social (bulos) sobre la misma y la propia enfermedad.
- Miedo excesivo a realizarse el PCR por sobre información recibida en los medios de comunicación y personas de su alrededor.

7) Patrón Auto percepción / autoconcepto

Patrón alterado

- Tiene una preocupación excesiva sobre la opinión de los demás respecto a la prueba y el resultado de esta: el dar positivo y ser repudiado socialmente.
- Padece de angustia y ansiedad ante la situación.
- Presenta rasgos de tristeza por la muerte de su padre recientemente.

8) Patrón rol / relaciones.

Patrón alterado.

- Rol familiar: madre.
- Convive con su prometido y padre de sus dos hijos de 8 años y 21 meses.
- Padres divorciados desde hace 9 años.
- Relación con su padre antes de su fallecimiento: muy buena.

- Nula relación con su madre, según cuenta la paciente, desde el embarazo no planificado de su primer hijo.
- Presenta estrés por responsabilidad y cuidado prolongado de sus hijos.
- Cuenta con buen apoyo familiar en casa.
- Pérdida reciente de ser querido.
- Conducta inefectiva de duelo: tristeza, ansiedad y miedo.

9) Patrón sexualidad / reproducción

Patrón alterado.

- Toma pastillas anticonceptivas.
- Escasa información anticonceptiva en la familia.

10) Patrón adaptación / tolerancia al estrés.

Patrón alterado.

- Cambios y crisis importantes: muerte familiar y estrés confinamiento por pandemia.
- Problemas de adaptación a los cambios: ansiedad.
- Influencia significativa del estrés: sueño.
- Preocupación excesiva prolongada: 8 meses, debido a la pandemia.
- Incapaz de afrontar las crisis: desmayo al realizarse una prueba, por excesivo miedo.
- Psicopatización familiar.
- Agentes estresantes referidos a la salud: miedo al contagio por coronavirus.

- Sistema de apoyo contra estrés: su pareja.
- No tiene medicación ni método para la relajación.

11) Patrón valores / creencias.

Patrón alterado.

- Conflicto familiar con las prácticas religiosas.
- Problema para la integración de las creencias de la religión.
- Preocupación sufrimiento y dolor
- Actitud ante ese sufrimiento y dolor, sea o no enfermedad: temor.
- Actitud ante la vida y la muerte: pesimista y preocupación excesiva sobre el tema.
- Ex -creyente cristiana perteneciente al Camino Neocatecumenal.
- No se identifica, ni cree en los valores que han impuesto sus padres y en los que ha crecido.
- Se considera atea, pero la religión es importante en su vida.

5.3. Diagnóstico de enfermería

Tras la valoración identificamos los problemas que pueda tener el paciente mediante diagnósticos enfermeros (DxE) y enunciándolos según la taxonomía NANDA I (North American Nursing Diagnosis Association Internation) (Herdman et al., 2019).

Patrón 1: Percepción / manejo de la salud.

[00004] Riesgo de infección r/c conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos y exposición a brotes de enfermedades

- **Definición:** Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.
- **Etiqueta:** Riesgo de infección
- **Dominio:** 11 Seguridad/Protección
- **Clase:** 1 Infección

Patrón 2: Nutrición /metabolismo.

[00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c inmunodeficiencia y alteración de la pigmentación m/ enrojecimiento y alteración de la integridad de la piel.

- **Definición:** Alteración de la epidermis y/o de la dermis.
- **Etiqueta:** Deterioro de la integridad cutánea.
- **Dominio:** 11 Seguridad / Protección.
- **Clase:** 2 Lesión física.

Patrón 4: Actividad / ejercicio.

[00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas r/c barreras en el entorno m/p descontento con la situación.

- **Definición:** Reducción de la estimulación, interés o participación en las actividades recreativas o de tiempo libre.
- **Etiqueta:** Disminución de la implicación en actividades recreativas.

- **Dominio: 1** Promoción de la salud.
- **Clase: 1** Toma de conciencia de la salud.

Patrón 5: Sueño / descanso.

[00198] Trastorno del patrón del sueño r/c barreras del entorno m/p dificultad para conciliar el sueño.

- **Definición:** Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado.
- **Etiqueta:** Trastorno del patrón del sueño.
- **Dominio: 4** Actividad/Reposo.
- **Clase: 1** Sueño/Reposo.

Patrón 6: Cognitivo / perceptivo.

[00126] Conocimientos deficientes r/c información errónea proporcionada por otros m/p conocimiento insuficiente y rendimiento inadecuado en una prueba.

- **Definición:** Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.
- **Etiqueta:** Conocimientos deficientes.
- **Dominio: 5** Percepción/Cognición.
- **Clase: 4** Cognición.

Patrón 7: Autopercepción / autoconcepto.

[00125] Impotencia r/c conocimiento insuficiente para gestionar una situación e impredecibilidad de la trayectoria de la enfermedad m/p frustración por la incapacidad para realizar actividades previas.

- **Definición:** Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.

- **Etiqueta:** Impotencia
- **Dominio:** 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- **Clase:** 2 Respuestas de afrontamiento

[00146] Ansiedad r/c grandes cambios y crisis situacionales m/p preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, inquietud y alteración del patrón respiratorio.

- **Definición:** Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
- **Etiqueta:** Ansiedad
- **Dominio:** 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- **Clase:** 2 Respuestas de afrontamiento

[00148] Temor r/c respuesta innata a estímulos fóbicos m/p estímulos los consideran una amenaza, identifica el objeto del temor, conducta de evitación y cambio en la respuesta fisiológica.

- **Definición:** Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.
- **Etiqueta:** Temor
- **Dominio:** 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- **Clase:** 2 Respuestas de afrontamiento

Patrón 8: Rol / relaciones.

[00135] Duelo complicado r/c muerte de persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida.

- **Definición:** Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional
- **Etiqueta:** Duelo complicado.
- **Dominio:** 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.
- **Clase:** 2 Respuestas de afrontamiento.

Patrón 9: Sexualidad.

[00208] Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre el proceso de maternidad.

- **Definición:** Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que puede ser reforzado.
- **Etiqueta:** Disposición para mejorar el proceso de maternidad.
- **Dominio:** 8 Sexualidad.
- **Clase:** 3 Reproducción Definición.

Patrón 10: Adaptación / tolerancia al estrés.

[00210] Deterioro de la resiliencia r/c percepción de vulnerabilidad, coexistencia de múltiples situaciones adversas y cambio en las rutinas familiares m/p sensación de control ineficaz y deterioro del estado de salud.

- **Definición:** Disminución de la capacidad para recuperarse de una situación adversa o cambiante, a través de un proceso dinámico de adaptación.
- **Etiqueta:** Deterioro de la resiliencia.
- **Dominio:** 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.
- **Clase:** 2 Respuestas de afrontamiento.

Patrón 11: Valores / creencias

[00169] Deterioro de la religiosidad r/c crisis espiritual m/p sufrimiento por la separación de la comunidad de fe y cuestionamiento de las costumbres religiosas.

- **Definición:** Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias y/o participar en los rituales de una tradición de fe en particular.
- **Etiqueta:** Deterioro de la religiosidad
- **Dominio:** 10 Principios Vitales
- **Clase:** 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones.

5.3.1. Priorización del diagnóstico de enfermería principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo Área.



Figura 1: Red de Razonamiento Crítico para obtener el DxEp. Elaboración propia a partir de NANDA I, Herdman et al., (2019).

5.3. 2. Justificación del diagnóstico de enfermería principal.

- DxEp: [00148] Temor r/c respuesta innata a estímulos fóbicos m/p **identifica el objeto del temor, los estímulos se consideran una amenaza, conductas de evitación, focalización limitada a la fuente de temor y cambio en la respuesta fisiológica.**

“El miedo es una emoción básica, fundamental para la supervivencia, es la reacción más natural ante un objeto o situación que amenaza nuestra vida o integridad física y/o psicológica.”
(Quezada, 2020)

El miedo es producido por la situación a la que nos encontramos, la inseguridad, soledad. El déficit de confianza ante una realidad desemboca en el miedo. (Naranjo, s. f.) Por otro lado, podemos ver que el miedo es una respuesta adaptativa a los factores del entorno para poder sobrevivir ante lo desconocido.(Quezada, 2020)

El brote de coronavirus (COVID-19 o SARS-CoV-2) se ha convertido en un problema de interés mundial que implica un riesgo de contagio alto y del cual no se conoce científicamente mucho sobre él, ya que la pandemia afecta directamente a las muertes y esto provoca que a las personas les aparezca una respuesta con sintomatología psicológica (Tomás-Sábado, 2020) . Esto ha provocado que la pandemia aisle completamente a las personas unas de otras, encerradas en sus hogares para poder controlar el contagio del virus. Además, entre la población, reina el miedo al propio contagio y entre los allegados; la tristeza y desolación de no poder despedirse de los familiares y queridos fallecidos en medio de estas circunstancias, debido a la imposibilidad de verse sin riesgo de contagiarse entre ellas (Quezada, 2020). No se pueden relacionar con nadie o la misma unidad familiar se ve sobre explotada, las actividades de ocio quedaron suspendidas, los negocios de cara al público han tenido que cerrar y todo esto hace que las relaciones sociales, que para el ser humano son básicas, se vean deterioradas y se infunda más miedo e incertidumbre.

Todas estas circunstancias van acompañadas de la falta de información, o por el contrario, sobre información que hay en relación con todo lo referente al virus: que hacer o cómo actuar contra él y su contagio, la cantidad de

noticias falsas que circulan sobre el virus, el alarmismo que provoca o los negacioncitas que se oponen a creer en él y sobretodo el problema común de cómo detectar el virus y las pruebas diagnósticas que hay para comprobarlo (cómo son, que efecto van a tener y si son perjudiciales o no para la persona), lo que se le conoce como PCR.

Cuando llega la paciente, como describíamos anteriormente, se le ve muy alterada: hiperventila y no deja de moverse (da paseos en pequeñas distancias, no para de mover las piernas) y su lenguaje no verbal nos indica que intenta huir o evitar la situación a la que se encuentra. Al hablar con ella, refiere tener un miedo muy grande ante la prueba a la que se va a someter (PCR) y al propio contagio del virus, y nos comunica que la gente de su entorno, tanto amigos y familiares como los propios medios de comunicación, le han ido contando anécdotas y sucesos ocurridos con el coronavirus que han hecho que la paciente le haya cogido un temor muy grande a la situación actual. A pesar de intentar tranquilizarla, la paciente, causado por el nivel de temor y estrés al que estaba sometida, se desmaya. Y al recuperarse es cuando planteamos el plan de cuidados.

A partir de conocer el marco teórico en el que se encuentra la situación de la paciente, y la propia paciente, establecemos un plan de cuidados acorde a las necesidades básicas que necesita apoyo y ayuda del personal de enfermería.

Relacionamos el diagnostico principal [00148] Temor r/c respuesta innata a estímulos fóbicos m/p identifica el objeto del temor, los estímulos se consideran una amenaza, conductas de evitación, focalización limitada a la fuente de temor y cambio en la respuesta fisiológica, como consecuencia a la exposición y posible riesgo de infección, ya que Quezada, (2020) explica que debido al brote del SARS- CoV-2 aparece el miedo y la incertidumbre entre la población, y estos dos sentimientos generan comportamientos inhabituales para poder afrontar la situación. Esto, además, influye en la psicopatología de la persona, cuya salud mental se ve afectada también por los factores que presente de riesgo hacia el contagio.

A su vez, el hecho de que la paciente tenga conocimientos deficientes o información errónea se relaciona, según el estudio realizado por Mejía et al.(2020), con la principal fuente de emisora informativa que hay que son los medios de comunicación y son muy importantes a la hora de brindar información al saber la situación actual y elevar el nivel de interés en la comunidad. Pero durante el estudio se ve que, en la emergencia sanitaria del COVID-19, los medios tanto televisivos, como redes sociales exageraban e infundían una percepción del miedo a la población aún mayor.

Ante una amenaza real, una situación desconocida, el organismo activa unas señales de alarma que se transforman en síntomas producidas por el sistema nervioso autónomo: hiperventilación, aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, desmayo, etc.; respuesta conductual: huida, evitación, llanto, ira, congelamiento, alteración de sueño...; y hormonal: liberación de hormonas del estrés como pueden ser el cortisol y adrenalina, que también afecta al sueño (Quezada, 2020). Y es por esto que encontramos a nuestra paciente con cambios fisiológicos, tales como hiperventilación, sudoración y sensación de mareo, frente a estímulos estresantes como la prueba a la que se somete.

El miedo y la ansiedad son dos estados muy relacionados que conllevan, normalmente, una connotación negativa (que a veces va acompañado por intranquilidad, tensión...), pero se diferencian en que el miedo tiene un estímulo específico y es episódico y que la ansiedad no se sabe cuál es la causa que la provoca porque puede tener varios orígenes (Tomás-Sábado, 2020).

La pandemia de la COVID-19 ha causado las apariciones de los miedos reales y existenciales ante la amenaza de la vida. Además del añadido de que la situación ha obligado muchos cambios en nuestro estilo de vida rutinario: el distanciamiento, el aislamiento social promovido por las redes sociales y la alteración de rutinas (diarias y financieras), que en conjunto han provocado esa inducción al miedo ante la situación desconocida a la que nos enfrentamos (Tomás-Sábado, 2020).

5.4. Problema de colaboración (PC) / Riesgos de complicación (RC).

A continuación, indicamos los problemas de colaboración que aparecen en el caso, además de relacionarlo con sus correspondientes riesgos de complicación.

Problemas de Colaboración:

Según el Manual de diagnósticos enfermeros de Carpenito et al., (2018), podemos encontrar estos problemas de colaboración que presenta la situación de la paciente:

- Cirugía programada: Procedimientos quirúrgicos (preoperatorio).
- Carcinoma maligno en la piel: Trastornos tegumentarios y Trastornos neoplásicos.

Además, el procedimiento del preoperatorio conlleva una prueba PCR para detección del virus COVID-19, demandada por el nuevo protocolo impuesto por el Ministerio de Sanidad (*Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19*, s.f.). Por lo que encontramos otro problema de colaboración:

- Intervención para preoperatorio: realización prueba PCR (exudado nasofaríngeo) para COVID -19.

Riesgos de Complicación:

Los problemas planteados llevan en consecuencia unos riesgos que pueden aparecer durante el proceso con la paciente. Acorde con Carpenito et al., (2018), en los problemas de colaboración planteados no presentan riesgos de complicación.

Sin embargo, en *Enfermedades infecciosas. Toma de frotis de la nasofaringe*, (s. f.), encontramos relacionados con la PCR:

- RC Hemorragia
- RC dolor.

- RC malestar.
- RC Irritación de la pared posterior de la faringe: tos, estornudos y vómitos.

5.4.1. Priorización de riesgo de complicación principal, mediante una red de razonamiento basada en el Modelo Área.

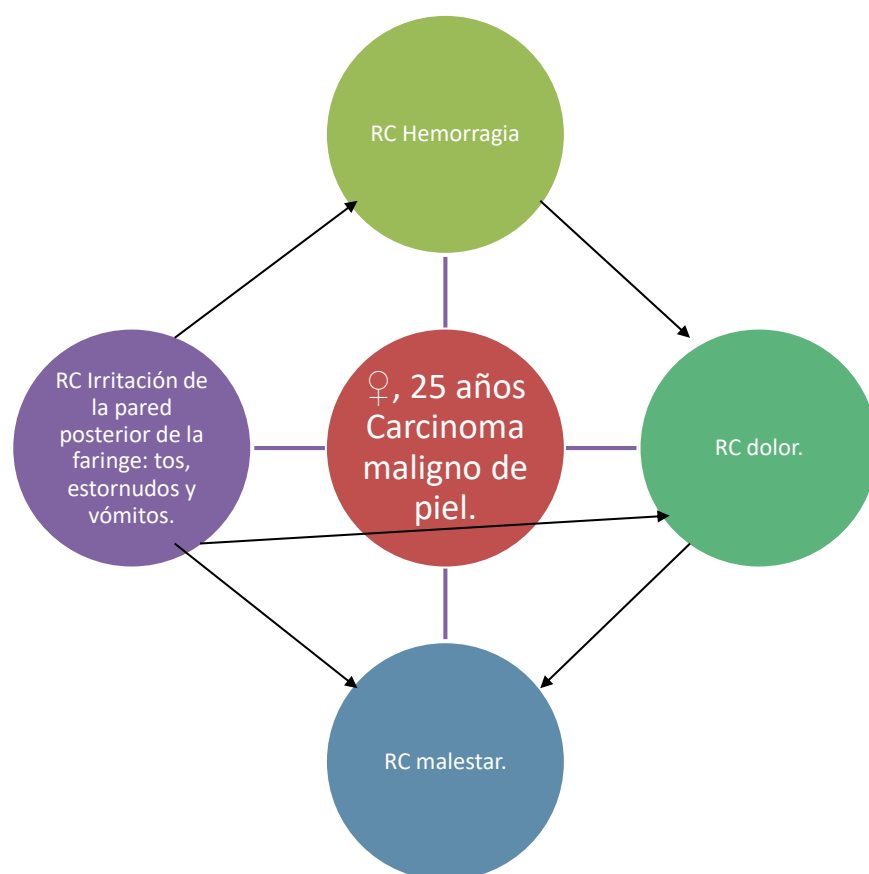


Figura 2. Red de Razonamiento Crítico para obtener el RCp. Elaboración propia. A partir de *Enfermedades infecciosas. Toma de frotis de la nasofaringe*, (s. f.)

5.4.2. Justificación del RC principal.

- **RCp: Irritación de la pared posterior de la faringe: tos, estornudos y vómitos.**

De acuerdo con el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, junto a la Sociedad Española de Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica (*Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19*, s. f.), la prueba para identificar la infección activa por SARS-CoV-2 mediante una PCR con una muestra nasofaríngea, debe de ejecutarse dentro de las 72 horas previas a la cirugía, para que así pueda ser el resultado lo más verídico posible. Además, la European CanCer Organisation (ECCO) recomienda a los pacientes con cáncer, como es el caso de la paciente, que van a someterse una cirugía o están en algún tipo de tratamiento (ya sea quimioterapia o radiación), deben realizarse el examen para una detección de la enfermedad COVID- 19 y evitar así complicaciones inducidas por esta enfermedad (*Recomendaciones del grupo “cirugia-aec-covid19” de la Asociación Española de Cirujanos (AEC)*, s. f.).

Para poder detectar si el virus está presente en el organismo de la paciente, debemos de realizar un exudado nasofaríngeo, ya que esta actividad sirve para obtener material de las mucosas y así detectar microorganismos en las vías respiratorias superiores (*Enfermedades infecciosas. Toma de frotis de la nasofaringe*, s. f.). Cuando el resultado sale positivo, indica que el virus está presente en el organismo en ese momento. La cantidad de virus que hay presente en el organismo de la persona va variando en función al tiempo que haya expuesto a contagio y a la carga viral, esto hará que a medida que avance la enfermedad la fiabilidad de la PCR y la cantidad de virus varía (T. Vera & Alfonso, 2020).

El documento *Enfermedades infecciosas. Toma de frotis de la nasofaringe*, (s. f.), describe que no existen contradicciones para realizar el frotis, pero si recomendaciones a tener en cuenta en caso de que los pacientes presenten algún tipo de traumatismo, desviación de la fosa nasal ya que puede encontrar

problema para la introducción del hisopo. Aun así, la prueba puede causar lesión tisular local que puede producir hemorragia, dolor y malestar por el frotis. Todos estos factores del propio exudado, causado por el RC principal: irritación de la pared posterior de la faringe, produce tos, estornudos y a veces vómitos.

5.5. Planificación

5.5.1. Planificación: DxEp.

5.5.1.1. Resultado (NOC).

Una vez ya obtenido nuestro DxEp, establecemos unos objetivos para cumplir con el paciente según la taxonomía NOC (Moorhead, 2019).

[1210] Nivel de miedo.

- **Definición:** Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.
- **Dominio:** 3 Salud psicosocial
- **Clase:** M Bienestar psicológico
- **Puntuación:**

| | Puntuación inicial | Puntuación diana | Tiempo |
|---------------------------|-----------------------|---------------------|------------|
| [1210] Nivel de miedo. | 2 | 4 | 20 minutos |

Escala Likert: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla 2: Puntuación del NOC para el DxEp. Elaboración propia a partir de ACENDIO-AENTDE (2017) *Supporting Practice Advancing Science (1).pdf*, s. f.

- **Indicadores:**

| | Puntuación inicial | Puntuación diana | Tiempo |
|--------------------------------------|-----------------------|---------------------|------------|
| [121005] Inquietud | 2 | 3 | 20 minutos |
| [121009] Dificultades de aprendizaje | 3 | 5 | 20 minutos |
| [121013] Preocupación excesiva por | 3 | 4 | 20 minutos |

| sucesos vitales | | | | | |
|--|----------|---------------|-------------|---------|------------|
| [121015] Preocupación por la fuente del miedo | 2 | 3 | 20 minutos | | |
| [121018] Aumento de la frecuencia respiratoria | 2 | 4 | 20 minutos | | |
| [121021] Sensación de desmayo | 2 | 5 | 20 minutos | | |
| Escala Likert: | 1. Grave | 2. Sustancial | 3. Moderado | 4. Leve | 5. Ninguno |

Tabla 3. Indicadores y su puntuación del NOC para el DxEp. Elaboración propia a partir de ACENDIO-AENTDE (2017) *Supporting Practice Advancing Science(1).pdf*, s. f.

5.5.1.2. Intervenciones (NIC).

A partir de unos objetivos marcados en el anterior apartado para nuestro DxEp, nos planteamos las siguientes intervenciones y actividades a partir de la taxonomía NIC (Butcher, 2019), para poder llegar a alcanzar los resultados deseados en el tiempo propuesto.

[5240] Asesoramiento

- **Definición:** Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
- **Campo:** 3 Conductual
- **Clase:** R Ayuda para el afrontamiento
- **Actividades:**
 - Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
 - Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.

- Proporcionar información objetiva cuando sea necesario y según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Pedir al paciente/allegado que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.

[5820] Disminución de la ansiedad

- **Definición:** Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.
- **Campo:** 3 Conductual.
- **Clase:** T Fomento de la comodidad psicológica.
- **Actividades:**
 - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
 - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
 - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
 - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
 - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

[5880] Técnica de relajación.

- **Definición:** Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.
- **Campo:** 3 Conductual
- **Clase:** T Fomento de la comodidad psicológica.
- **Actividades:**
 - Mantener el contacto visual con el paciente.
 - Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
 - Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
 - Sentarse y hablar con el paciente.
 - Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.

5.5.2. Planificación del RCp.

5.5.2.1. Resultado (NOC).

Resultados obtenidos para cumplir con unos objetivos para resolver el RCp obtenidos a partir de la Taxonomía NOC. (Moorhead, 2019)

[1101] Integridad tisular: piel y membranas

- **Definición:** Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.
- **Dominio:** 2 Salud fisiológica
- **Clase:** L Integridad tisular
- **Puntuación:**

| | Puntuación inicial | Puntuación diana | Tiempo |
|--|--------------------|------------------|-----------|
| [1101] Integridad tisular: piel y membranas | 4 | 4 | 5 minutos |

Escala Likert: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.

Tabla 4. Puntuación del NOC para el RCp. Elaboración propia a partir de (ACENDIO-AENTDE 2017 Supporting Practice Advancing Science(1).pdf, s. f.)

- **Indicadores:**

| | Puntuación inicial | Puntuación diana | Tiempo |
|---------------------------------------|--------------------|------------------|-----------|
| [110102] Sensibilidad | 3 | 3 | 5 minutos |
| [110116] Lesiones de la mucosa | 5 | 5 | 5 minutos |

Escala Likert: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.

Tabla 5. Indicadores y su puntuación del NOC para el RCp. Elaboración propia a partir de ACENDIO-AENTDE (2017) Supporting Practice Advancing Science(1).pdf, s. f.

Comentado [AMD10]: Acuérdate de quitar el paréntesis de la cita. Solo el año en paréntesis

5.5.2.2. Intervenciones (NIC).

Para poder alcanzar nuestros objetivos planteados, al igual que con el DxEp, y partiendo de la taxonomía NIC (Butcher, 2019), planteamos unas intervenciones con actividades.

[6520] Análisis de la situación sanitaria.

- **Definición:** Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de la anamnesis, la exploración y otros procedimientos.
- **Campo:** 4 Seguridad
- **Clase:** V Control de riesgos
- **Actividades:**
 - Determinar la población diana del análisis de la situación sanitaria.
 - Informar sobre el fundamento y propósito del análisis de la situación sanitaria y del autoseguimiento.
 - Seguir las pautas apropiadas de los grupos competentes (p. ej., agencia gubernamental, organización especializada, práctica clínica) para el marco de tiempo apropiado y el tipo de exámenes de detección.
 - Proporcionar comodidad durante los procedimientos de cribado.
 - Realizar (o remitir para su realización) frotis de Papanicolaou, mamografía, exploración de la próstata, ECG, exploración testicular y evaluación de la visión, según corresponda.

[6540] Control de infecciones.

- **Definición:** Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.
- **Campo:** 4 Seguridad
- **Clase:** V Control de riesgos
- **Actividades:**
 - Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.

- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.

[6550] Protección contra las infecciones.

- **Definición:** Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.
- **Campo:** 4 Seguridad
- **Clase:** V Control de riesgos
- **Actividades:**
 - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
 - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
 - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.
 - Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.
 - Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.

5.6. Ejecución.

Al llegar al turno de la sala de extracciones, nos disponemos a sacar sangre y seguidamente a realizar pruebas de PCR a los pacientes que se van a operar o tienen una prueba funcional en los próximos 3 días y que están citadas de manera protocolaria, sin sintomatología.

Durante el servicio, acude a realizarse la prueba del coronavirus una mujer. La paciente se muestra ansiosa y alterada durante su estancia en la sala de espera. Al ser su turno, vemos claramente signos de ansiedad en ella como: hiperventilación, sudoración e incluso temblor; apenas quiere dirigirnos la mirada de manera huidiza y no pronuncia palabra.

Nosotros, realizamos nuestras preguntas habituales para identificar a la paciente, a continuación, le explicamos en qué consiste la prueba que se le va a realizar y posteriormente llevarla a cabo. Es entonces cuando la paciente empieza a hacer pequeños movimientos con la cabeza en señal de negación, acompañada con un aumento de la frecuencia respiratoria (hiperventilación) y pocos segundos después cae desfallecida al suelo. Rápidamente realizamos las maniobras correspondientes para revertir la situación de emergencia del desmayo de la paciente y poco a poco se recupera.

Una vez que se encuentra mejor, decidimos hacerle una entrevista para ver qué es lo que le ha ocurrido o si le había pasado en ocasiones anteriores este tipo de episodios. Nos comunica que es la primera vez que ocurre, pero que, desde hace varios meses, desde que comenzó el tiempo de confinamiento, siente una fuerte presión en el pecho que le impide respirar y que no sabe el origen que lo provoca. Aun así, la paciente durante la entrevista, nos comenta que, con respecto a la situación de la pandemia, se encuentra muy limitada socialmente ya que el confinamiento le ha obligado a ella y a su familia a aislarse y que eso ha provocado que, al salir a la calle, se encuentre sugestionada por todo su alrededor y tenga miedo a contagiarse. Además, hace mucha referencia a los medios de comunicación y el tiempo que le dedica a estar informada respecto a todo del coronavirus: muertes y contagios diarios, situaciones en las ciudades, y una de las que más le preocupa: la PCR, ya que

nunca se la ha hecho y solo ha escuchado y leído comentarios negativos respecto a ella.

A partir de ahí es cuando proponemos el diagnóstico principal [00148] Temor r/c respuesta innata a estímulos fóbicos m/p identifica el objeto del temor, los estímulos se consideran una amenaza, conductas de evitación, focalización limitada a la fuente de temor y cambio en la respuesta fisiológica; por lo que buscamos unas intervenciones que nos ayuden a conseguir nuestros objetivos planteados con el NOC [1210] Nivel de miedo y sus indicadores.

He decidido empezar por las intervenciones relacionadas con el diagnóstico, ya que son las actividades donde puedo explicar a la paciente e intentar que su nivel de ansiedad y temor pueda ser menor antes de volver a intentar realizar la prueba.

Durante la entrevista, mediante asesoramiento [5240], ayudamos al paciente a que identificase cual era el foco principal del miedo y del estrés que sentía (COVID-19), y que si podía ver que opciones tenía a su disposición para mejorar el nivel de estrés y disminuir la sensación de temor. Le acompañamos en sus momentos de llanto y le ofrecimos la intimidad que fuese necesaria. López-Fuentes et al., (2020), declara que un asesoramiento eficaz con el paciente puede evitar problemas futuros de salud mental transcurridos y prologados tras el suceso traumático o de estrés.

Para disminuir y minimizar la tensión y el estrés, le explicamos a la paciente qué es la prueba PCR, en qué consiste, y que es lo que provoca, las sensaciones que causa tras realizarse. Debemos dar a entender al paciente y proporcionar que se encuentra en un ambiente seguro y así buscar una disminución de la ansiedad [5820]. Cuando se educa al paciente sobre la situación a la que se expone y las consecuencias que pueda cursar hay una clara disminución de la ansiedad, mejorando así conductas y conocimientos del paciente y los resultados sanitarios(Campo Durán, 2020).

Para antes de realizar la prueba, decidimos hacer una técnica de relajación [5880], donde pretendemos reducir los estímulos estresantes y garantizar seguridad y recomendarle métodos de relajación como pueden ser:

técnicas de respiración, Mindfulness, escuchar música... etc., debido a que la eficacia de estas técnicas mejora el afrontamiento hacia la situación negativa a la que se somete el paciente. Son un tipo de estrategia con ventajas beneficiarias para el paciente donde puede aumentar la calidad asistencial y su calidad de cuidado (Larios- Jiménez et al., 2018).

Cuando vemos que nuestra paciente se encuentra más colaborativa, procedemos a realizar la prueba de PCR correspondiente. Es aquí donde nuestro PC (la PCR), se relaciona con el RC y pretendemos evitar la complicación mediante las intervenciones siguientes.

Para llevar un buen control de infecciones [6540], preparamos todo lo necesario para realizar la prueba del frotis nasofaríngeo: desinfectamos la zona donde se va a realizar la extracción, protegemos al personal con equipo de EPI y al paciente de manera adecuada para que haya menos riesgo de contagio por enfermedad transmisible y educamos al paciente a tomar medidas preventivas de contagio (como el lavado de manos).

“Los hospitales deben realizar medidas de prevención entre los pacientes, restringir las visitas de los familiares, dar información clara y oportuna a los pacientes y familiares de las medidas preventivas esenciales (lavado de manos, protocolo al toser, distanciamiento entre personas, etcétera) y los síntomas de la propia enfermedad.”(Guevara et al., 2020)

Para hacer un análisis de la situación sanitaria [6520], le explicamos qué es la prueba, para qué es se la vamos a realizar y por qué debe de hacérsela, y siguiendo las pautas que nos dicta el protocolo del servicio del hospital, realizamos el exudado nasofaríngeo de la PCR.

“Instrucciones para la toma de frotis nasofaríngeo

- 1) El paciente debe sentarse en posición erguida, de ser posible con la nuca apoyada; la cabeza puede estar colocada en vertical o ligeramente inclinada hacia atrás.

- 2) Informar al paciente de que el procedimiento puede ser molesto, puesto que hay que introducir el hisopo profundamente.
- 3) Pedirle al paciente que se quite la mascarilla (que se descubra la nariz) y se suene la nariz con un pañuelo desechable.
- 4) Medir la distancia entre las fosas nasales anteriores y la salida del conducto auditivo externo para determinar la distancia a la que se debe introducir el hisopo (la profundidad real a la que se debe introducir el hisopo es algo menor: en los pacientes adultos normalmente es de 1-2 cm. Antes de desempaquetar el hisopo, verificar que la distancia marcada se corresponde con la distancia entre la punta del hisopo y marcador del fabricante).
- 5) Desempaquetar el hisopo de forma estéril.
- 6) Introducir con cuidado el hisopo en la cavidad nasal: en paralelo al paladar hasta notar una resistencia a la altura del marcador.”
(*Enfermedades infecciosas. Toma de frotis de la nasofaringe*, s. f.)

Conjuntamente, complemento un vídeo demostrativo y explicativo de la realización de una prueba PCR para COVID-19. (IAVANTE TV, 2020)

Y para finalizar las intervenciones que nos hemos propuesto con nuestra paciente, deberemos indicarle como prevenir y detener las posibilidades de tener la infección observando los signos y síntomas que produce la enfermedad infecciosa (en este caso, SARS-CoV-2): mantener precaución en pacientes de riesgo, intentar mantener aislamiento social y procurar mantener asepsia en todo lo relacionado con el paciente. Urzúa et al., (2020) exponen en su artículo que el problema de contagio de esta enfermedad está estrechamente ligado con el comportamiento de la ciudadanía y que hay que medir los factores psicológicos relacionados para plantear una campaña de prevención y promoción de la salud. Así podremos tener una completa protección contra las infecciones [6550].

Todas estas actividades se realizan en el período de tiempo de 20 minutos que es el que disponemos en el servicio que nos encontramos.

5.6.1. Cronograma de intervenciones / actividades.

| | 10:00 – 10:05 | 10:05 – 10:10 | 10:10 – 10:15 | 10:15 – 10:20 | 10:20 – 10:25 | 10:25 – 10:30 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| [5240] Asesoramiento | x | | | | | |
| [5820] Disminución de la ansiedad | | x | | | | |
| [5880] Técnica de relajación. | | | x | | | |
| [6520] Análisis de la situación sanitaria. | | | | | x | |
| [6540] Control de infecciones. | | | | x | | |
| [6550] Protección contra las infecciones. | | | | | | x |

Tabla 6.Cronograma de intervenciones y actividades durante dos turnos. Elaboración propia.

5.7. Evaluación.

5.7.1. Evaluación del resultado DxEp.

Valoramos los resultados obtenidos con los planteados anteriormente en la parte de planificación.

NOC: [1210] Nivel de miedo.

Intervenciones relacionadas según Butcher, (2019):

- [5240] Asesoramiento.
- [5820] Disminución de la ansiedad.
- [5880] Técnica de relajación.

| | Puntuación inicial | Puntuación diana | Puntuación alcanzada | Tiempo |
|-------------------------------|--------------------|------------------|----------------------|------------|
| [1210] Nivel de miedo. | 2 | 4 | 3 | 20 minutos |

Escala Likert: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.

Tabla 7. Evaluación NOC del DxEp. Elaboración propia. A partir de ACENDIO-AENTDE (2017) *Supporting Practice Advancing Science (1).pdf*, s. f.

Resultado en consecución: debido a que los indicadores propuestos en la fase de planificación no han sido alcanzados en su mayoría, por lo que necesitamos más tiempo con la paciente para poder llegar a la puntuación deseada.

| | Puntuación inicial | Puntuación diana | Puntuación alcanzada | Tiempo |
|--|--------------------|------------------|----------------------|------------|
| [121005] Inquietud | 2 | 3 | 2 | 20 minutos |
| [121009] Dificultades de aprendizaje | 3 | 5 | 4 | 20 minutos |
| [121013] Preocupación excesiva por sucesos vitales | 3 | 4 | 3 | 20 minutos |
| [121015] Preocupación por la fuente del miedo | 2 | 3 | 3 | 20 minutos |
| [121018] Aumento de la frecuencia respiratoria | 2 | 4 | 4 | 20 minutos |
| [121021] Sensación de desmayo | 2 | 5 | 4 | 20 minutos |

Escala Likert: 1. Grave 2.Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.

Tabla 8. *Evaluación de los Indicadores del NOC para el DxEp.* Elaboración propia. A partir de ACENDIO-AENTDE (2017) *Supporting Practice Advancing Science* (1).

En el indicador [121015] Preocupación por la fuente del miedo se ha obtenido una puntuación correspondiente a 3: Moderado, alcanzando la puntuación deseada que nos planteamos en la fase de planificación. Hemos conseguido con nuestras intervenciones que la paciente identificara el problema principal por el cual le producía ese miedo y así bajar el nervosismo que eso le producía de forma moderada. En el indicador [121018] Aumento de la frecuencia respiratoria, mediante el NIC [5880] Técnica de relajación (especialmente), hemos podido también alcanzar nuestra puntuación diana correspondiente al nivel 4: leve; ya que la paciente presentaba una hiperventilación debido a la ansiedad del temor que tenía a la prueba.

Sin embargo, en los indicadores restantes, no hemos podido alcanzar la puntuación idélica que programamos anteriormente, debido a que la paciente se encontraba en un momento muy delicado y el tiempo del que disponíamos era

escaso. Aun así, en algunos casos, la puntuación que obtuvimos al final era esperanzadora, ya que si había disposición de la paciente para solucionar el problema que nos planteaba.

Hemos de destacar, para terminar, que el indicador [121005] Inquietud, no ha podido lograr alcanzarse debido a que los recursos y el tiempo que presentábamos en ese momento eran escasos y la paciente no se encontraba en buena disposición para abordar esa situación.

5.7.2. Evaluación del resultado del RCp.

Procedemos a evaluar los objetivos relacionado con el RCp que nos habíamos propuesto alcanzar.

NOC: [1101] Integridad tisular: piel y membranas.

Actividades relacionadas según Butcher, (2019):

- [6520] Análisis de la situación sanitaria.
- [6540] Control de infecciones.
- [6550] Protección contra las infecciones.

| | Puntuación inicial | Puntuación diana | Puntuación alcanzada | Tiempo | |
|---|--------------------|------------------|----------------------|-----------|-------------|
| [1101] Integridad tisular: piel y membranas | 4 | 4 | 4 | 5 minutos | |
| Escala Likert: | 1. Grave | 2.Sustancial | 3.Moderado | 4. Leve | 5. Ninguno. |

Tabla 9. Evaluación del NOC para el RCp. Elaboración propia a partir de ACENDIO-AENTDE (2017) *Supporting Practice Advancing Science(1).pdf*, s. f.)

Resultado conseguido: evaluación positiva. Al ser un riesgo de complicación, que quiere decir que el paciente no presentaba el problema real y que solo suponía un riesgo de aparecer, hemos evitado que ese riesgo apareciera gracias a las intervenciones planteadas y a sus actividades.

| | Puntuación inicial | Puntuación diana | Puntuación alcanzada | Tiempo |
|---------------------------------------|--------------------|------------------|----------------------|-----------|
| [110102] Sensibilidad | 3 | 3 | 3 | 5 minutos |
| [110116] Lesiones de la mucosa | 5 | 5 | 5 | 5 minutos |

Escala 1. Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno.

Likert:

Tabla 10. *Evaluación de los Indicadores del NOC para el RCp.* Elaboración propia a partir de (ACENDIO-AENTDE 2017 *Supporting Practice Advancing Science*(1).pdf, s. f.)

Gracias a las intervenciones realizadas con nuestra paciente, hemos conseguido que el NOC [1101] Integridad tisular: piel y membranas, junto a sus indicadores: [110102] Sensibilidad y [110116] Lesiones de la mucosa haya conseguido llegar a la puntuación diana que nos habíamos propuesto, evitando así que no apareciese ninguno de los riesgos que habíamos previsto.

6. DISCUSIÓN

Tras valorar y evaluar este estudio de caso, podemos observar que la paciente se encuentra en una situación de estrés prolongado, donde predomina un fuerte sentimiento de miedo a consecuencia de la pandemia derivada del nuevo virus SARS-CoV-2.

La nueva situación ante el virus ha hecho que las personas cambien radicalmente su estilo de vida, provocando una sensación de incertidumbre que se relaciona con el miedo de manera proporcional, incentivando a la población a que esté muy preocupada por el presente y el futuro. Esto ha generado un estrés que puede llegar a prolongarse y resultar patológico para la salud mental de las personas (Afrontamiento del COVID-19, s. f.). La paciente de nuestro estudio de caso, como describíamos anteriormente, acude al servicio con un nivel de preocupación alto ante la situación de crisis sanitaria.

Como la paciente nos explicaba, ha tenido que cambiar su estilo de vida radicalmente: desde el comienzo del día hasta el final. Las medidas de seguridad impuestas han significado para ella una limitación muy grande en su rutina, ya que desde entonces sus familiares depende más de ella de lo que dependían antes. Esta sensación de responsabilidad, puede provocar un trastorno de estrés por el agotamiento, además de que, si esta sensación va acompañada de preocupación durante un periodo de tiempo extenso, puede llegar a derivar en depresión (Quezada, 2020).

El artículo *Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions* (Restauri & Sheridan, 2020) describe las principales fuentes de ansiedad relacionadas con la pandemia del COVID-19, aunque todos los factores que se describen posteriormente pueden llegar a tener un impacto negativo en sus sistemas de salud y la seguridad del paciente:

1. La preocupación por conseguir un medio de protección adecuado para protegerse del virus.

2. La exposición ante el COVID-19 y la posible infección a sí mismo y el contagiar a la familia.
3. Falta de pruebas de tratamiento para la enfermedad y la poca investigación sobre la misma.
4. La falta de apoyo y la incertidumbre sobre el empleo, los cuidados de la familia y la situación económica.
5. Falta de acceso a la información relacionada con la pandemia.

Durante toda la entrevista, y la realización del plan de cuidados que llevamos a cabo con la paciente, podemos observar que se presentan los factores de ansiedad provocados por la pandemia, analizados anteriormente.

Ante esta nueva emergencia sanitaria, Pérez-Cano et al., (2020), realizan un estudio donde, tras elegir a los sujetos objeto de estudio, se les pidió que contestaran a una batería de preguntas en las que se determinaban las emociones, percepciones y comportamientos relacionados con la pandemia del COVID-19. En dicho estudio se ve que casi la mitad de los sujetos encuestados presentan ansiedad relacionada con la pandemia y, que, de ese porcentaje, el 20% había evolucionado a una enfermedad mental tal como la depresión o estrés post traumático. Dentro de estos datos analizados, nuestra paciente entraría en esa población afectada por la crisis sanitaria que ha desarrollado problemas de salud mental y espiritual durante el estado de alarma, ya que presenta similitudes con las percepciones y emociones que los sujetos del estudio describían.

La paciente, al encontrarse con el posible agravante de salud del carcinoma que se prevé operar justo durante la emergencia sanitaria, dice encontrarse más susceptible y frágil ante cualquier tipo de enfermedad y que se ha informado sobre la misma. Tras comparar la definición de hipocondría perteneciente al documento de Medina & Jaramillo-Valverde (2020), podemos decir que no expresa ningún síntoma de COVID-19, sólo expresa preocupación ante el posible contagio y la prueba diagnóstica del mismo. Como gran porcentaje de la población que está muy preocupada por la situación actual de

la pandemia, ha recogido información que no ha verificado y le ha infundido incluso más temor (Nicolini, 2020).

La paciente acude al servicio de Extracciones para realizarse una prueba diagnóstica del SARS-CoV-2 mediante un exudado nasofaríngeo PCR: como describe El Ministerio de Sanidad (*COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf*, s. f.), la paciente debe realizarse la prueba PCR para poder operarse del carcinoma, como medida preventiva durante el periodo preoperatorio.

Una de las mayores preocupaciones que manifestaba la paciente era la prueba diagnóstica del virus. Describas anteriormente, podemos ver que existen varios tipos de pruebas diagnósticas. Nuestra paciente se iba a realizar la PCR por un exudado nasofaríngeo. Se considera una prueba más exacta para el diagnóstico y se realiza mediante un frotis en las mucosas nasales mediante un hisopo (Aguilar Ramírez et al., 2020). Según IAVANTE TV (2020), al realizarse el exudado pueden presentar molestias en la nariz producidas por la irritación de la pared posterior de la faringe, entre los cuales están estornudos y tos, e incluso llegar a hemorragia y vómitos. Al realizarse el exudado, la paciente mostró síntomas leves compatibles con los descritos anteriormente, tales como tos y estornudos, además acompañados con un picor molesto en el interior de la nariz.

El miedo derivado de la crisis situacional de salud que experimentamos actualmente, ha generado mitos y un alto nivel de desinformación mediante los medios de comunicación (Huarcaya-Victoria, 2020). Reflejado en nuestra paciente, podemos comprobar cómo los medios de comunicación han influido en su estilo de vida, más significativamente durante el confinamiento, ya que, al llegar a realizarse la prueba, comentó que se había informado previamente por opiniones descritas en páginas de internet.

En el estudio realizado por Arshad Ali et al. (2020), se investigó sobre el registro de búsqueda en páginas informativas sobre los temas relacionados con el COVID-19, y se comprobó que el interés mundial sobre la pandemia había aumentado en los meses iniciales a la crisis sanitaria. Hablando con la paciente, podemos comprobar que ella sí que realizó varias búsquedas sobre

el virus al comienzo de la pandemia, según dice, para estar mejor y más informada.

Según Huarcaya-Victoria, (2020), ante cualquier emergencia sanitaria, la salud mental siempre va a estar muy influida, ya que el miedo y la desinformación crean una barrera entre la percepción del paciente y la intervención médica / enfermera, al igual que la paciente que se negaba, en base al miedo que experimentaba, a ser atendida por el personal sanitario. Es tras nuestra intervención enfermera, y la explicación de lo que se le iba a realizar ofreciéndole la información correspondiente, que la paciente se relaja y su estado de alerta disminuye.

A parte de las afectaciones al organismo que puede producir este nuevo virus de manera fisiológica, es muy importante destacar su afectación a nivel psicológico y espiritual, ya que tiene un gran impacto en la salud mental relacionada con la emoción del miedo y los sentimientos de incertidumbre y angustia. Estos son a consecuencia de una ruptura de la rutina de vida establecida por las personas (Sandin et al., 2020). La paciente de nuestro caso, padecía un sufrimiento relacionado con el miedo bastante significativo.

Para poder ayudar y comprender a la paciente nos fundamentamos en el cuidado espiritual. Según Devesa(2019), el cuidado espiritual se basa en el acompañamiento al paciente y es el personal de enfermería quien contiene las herramientas y actitudes para abordarla.

Podemos ayudar a la paciente mediante la técnica de la escucha activa y técnicas de relajación, ya que Espinosa Pérez(2018) propone la comunicación entre enfermera y paciente como una medida clave para resolver y/o paliar el sufrimiento espiritual de la persona. Con nuestra paciente realizamos las actividades propuestas en nuestro plan de cuidados para valorar y conseguir que el sufrimiento por el cual estaba pasando, relacionado con el miedo, se vea disminuido.

Para saber cómo la paciente se adapta a la situación actual y saber mejor como actuar, relacionamos con las teorías enfermeras anteriormente mencionadas de Callista Roy y Dorothea Orem (Alligood, 2015), y así

podemos diferenciar dos apartados importantes en la valoración y evolución de nuestra paciente:

En el Modelo de la adaptación de C. Roy podemos ver cómo el miedo, que es la respuesta de adaptación ante la situación, es provocado por un estímulo residual, ya que el virus es un factor del entorno, junto a un estímulo conceptual que podría ser la propia ansiedad que padecía anteriormente. Así es como vemos a la paciente afrontar la situación de la pandemia y los métodos que utiliza (evitación, búsqueda de información excesiva...etc.).

Junto con la Teoría del déficit del autocuidado de D. Orem, donde se expone la falta de cuidado del propio paciente en su proceso de enfermedad o gestión de la salud, relacionamos a la paciente con las técnicas de afrontamiento a los estímulos descritos anteriormente. Y es por ello que determinamos que la paciente tiene un déficit de autocuidado, ya que no toma medidas preventivas o saludables: no es capaz de identificar un problema como la ansiedad y el estrés situacional, junto con el miedo infundido por el COVID-19.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- El tiempo limitado para hacer el seguimiento del caso en estudio ha sido 20 minutos, por lo que es necesario realizar un seguimiento a largo plazo para conseguir el objetivo propuesto y la paciente note mejoría en su estado de salud.
- Buscar investigación relacionada con el COVID-19 y sus aspectos psico-espirituales, al ser un tema de reciente actualidad.

7. CONCLUSIONES

1. El temor durante la pandemia del COVID-19 es una emoción derivada de un proceso de adaptación: una crisis situacional, provocada por un estímulo: el virus SARS-CovV-2, que genera ansiedad y preocupación por el estado de salud de la persona, y que influye de manera indirecta o directa en el comportamiento y pensamiento de la misma. El sufrimiento que puede padecer una persona, junto con el temor ante el virus, está muy relacionado entre sí, ya que la persona sufre sobre su sentido de la vida y la conexión con el entorno.
2. El miedo es una emoción básica y fundamental de cada persona en la que se expresa un sentimiento, normalmente desagradable, que es provocado por un estímulo ante una situación de estrés o amenaza que percibe la persona. El sufrimiento espiritual es una experiencia compleja, que acompaña a la espiritualidad de la persona, donde se encuentra alterada su percepción, y por lo tanto hay un deterioro en la habilidad de experimentar el sentido a la vida a través de la conexión con el yo o su propio ambiente. Estos dos conceptos están estrechamente relacionados con el proceso de enfermedad, ya que la persona desarrolla unas emociones de preocupación y ansiedad, entre otras, provocadas por la falta de conocimientos y percepción errónea sobre la propia enfermedad y /o su evolución.
3. El estímulo que provoca el temor y el sufrimiento en los pacientes es la crisis situacional por la que atraviesan, ya que afecta a cualquier ámbito de la vida de la persona y a la percepción de su entorno y de sí misma. Identificamos un estímulo residual, correspondiente con el coronavirus, ya que es un factor ambiental que la persona percibe de su entorno; junto con un estímulo conceptual, que es la propia ansiedad que la paciente padecía anteriormente, acentuando el estado de alarma y

amenaza en su subconsciente. Estos dos estímulos combinados, hacen que la persona y su estado de salud, psico-espiritual se vean alterados.

4. La necesidad de seguridad de los pacientes ante la pandemia originada por el COVID-19 deriva de la falta de información y de conocimientos ante una nueva enfermedad a la que se exponen y la probabilidad de contagio y un mal pronóstico de la misma. Basándonos en las necesidades básicas de las personas, comprobamos que la necesidad de seguridad repercute en el sufrimiento de la persona, que se manifiesta por la expresión de emociones, normalmente negativas, ante una exposición ante el coronavirus. El estado continuo de estrés prolongado y amenaza ante el contagio, o sufrir los síntomas de la enfermedad, provocan que la percepción de la persona sobre su seguridad se vea alterada, incluso puede llegar a crear respuestas fisiológicas derivadas de esa ansiedad y estrés por falta de protección.
5. Nos apoyamos en las siguientes teorías enfermeras. Callista Roy y su Modelo de adaptación, en la que se exponen los diferentes tipos de estímulos que puede percibir el individuo y cómo llega a adaptarse ante él. Con nuestra paciente, podemos identificar, como anteriormente mencionamos, que influyen los estímulos residuales, aquellos percibidos del entorno, por lo que lo asociamos al COVID-19; y estímulos conceptuales, aquellos que padece la persona y que acentúan la percepción del estímulo, como en este caso resulta ser la ansiedad. Conociendo los diferentes tipos de estímulos que percibe la paciente, podemos entender el método adaptativo que presenta la paciente. Conjuntamente, la Teoría del déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem, expone los factores para calificar el autocuidado de un paciente, y es por ello que, en nuestro estudio de caso, la paciente, determinamos, tiene un déficit de autocuidados, ya que no se implica de manera realista en su estado de salud ni toma acciones de prevención ante una percepción del problema potencial: el coronavirus.

6. La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal [00148] Temor en la paciente que acudía al realizarse una prueba diagnóstica PCR y abordar con actividades propuestas los problemas planteados. Conforme a este diagnóstico, se plantea un objetivo NOC [1210] Nivel de miedo, con sus intervenciones NIC [5240] Asesoramiento, [5820] Disminución de la ansiedad y [5880] Técnica de relajación. Así mismo, se tuvo en cuenta el riesgo de complicación principal Irritación de la pared posterior de la faringe: tos, estornudos y vómitos, con su correspondiente objetivo NOC [1101] Integridad tisular: piel y membranas, y sus intervenciones NIC [6520] Análisis de la situación sanitaria, [6540] Control de infecciones y [6550] Protección contra las infecciones. Tras realizar las actividades oportunas, se volvió a evaluar la situación de la paciente, y se consiguió aumentar las puntuaciones de los indicadores NOC del diagnóstico principal, aliviando en cierta medida su estado de ansiedad y la reducción del temor.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_(2).pdf. (s. f.). Recuperado 12 de noviembre de 2020, de [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_\(2\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_(2).pdf)
- ACENDIO-AENTDE 2017 Supporting Practice Advancing Science(1).pdf. (s. f.). Recuperado 9 de marzo de 2020, de [https://www.netzwerkpflegediagnosen.ch/default/assets/File/ACENDIO-AENTDE%202017%20Supporting%20Practice%20Advancing%20Science\(1\).pdf#page=18](https://www.netzwerkpflegediagnosen.ch/default/assets/File/ACENDIO-AENTDE%202017%20Supporting%20Practice%20Advancing%20Science(1).pdf#page=18)
- Afrontamiento del COVID-19: Estrés, miedo, ansiedad y depresión | Enfermería Investiga. (s. f.). Recuperado 15 de febrero de 2021, de <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913>
- Aguilar Ramírez, P., Enriquez Valencia, Y., Quiroz Carrillo, C., Valencia Ayala, E., de León Delgado, J., Pareja Cruz, A., Aguilar Ramírez, P., Enriquez Valencia, Y., Quiroz Carrillo, C., Valencia Ayala, E., de León Delgado, J., & Pareja Cruz, A. (2020). Pruebas diagnósticas para la COVID-19: La importancia del antes y el después. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(2). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.14>
- Allande Cussó, R., Navarro Navarro, C., & Porcel Gálvez, A. M. (2020). Humanized care in a death for COVID-19: A case study. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
- Alvarez Santos, M. (2020). Conductas de Seguridad en Trastornos por Ansiedad: su Función Durante el Tratamiento.

- Aragón-Nogales, R., Vargas-Almanza, I., Miranda-Novales, M. G., Aragón-Nogales, R., Vargas-Almanza, I., & Miranda-Novales, M. G. (2019). COVID-19 por SARS-CoV-2: La nueva emergencia de salud. *Revista mexicana de pediatría*, 86(6), 213-218.
- Arrieira, I. C. D. O., Thoferhn, M. B., Schaefer, O. M., Fonseca, A. D. D., Kantorski, L. P., & Cardoso, D. H. (2017). The sense of spiritual care in the integrality of attention in palliative care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3).
- Arshad Ali, S., Bin Arif, T., Maab, H., Baloch, M., Manazir, S., Jawed, F., & Ochani, R. K. (2020). Global Interest in Telehealth During COVID-19 Pandemic: An Analysis of Google Trends™. *Cureus*, 12(9), e10487. <https://doi.org/10.7759/cureus.10487>
- BOE.es—Documento consolidado BOE-A-2018-16673. (s. f.). Recuperado 5 de febrero de 2021, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Butcher, H. K. (2019). *Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC)*, séptima edición. Elsevier España.
- Calero-Ricardo, J. L., & Ramos, M. I. C. (2017). La metodología cualitativa dentro del proceso de investigación científica en ciencias de la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(4), 493-494.
- Campo Durán, O. (2020). *Efectividad de los diferentes programas educativos en la disminución de la ansiedad prequirúrgica*. <https://doi.org/10/43551>
- Carpenito, L. J., Gómez, T., González Mejorada, S., & Mauri Hernández, M. E. (2018). *Manual de diagnósticos de enfermeros*.

COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf. (s. f.).

Recuperado 15 de marzo de 2021, de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

Devesa, A. M. (2019). Una visión de los cuidados espirituales de San Juan de Dios, influidos por San Juan de Ávila, desde las taxonomías enfermeras actuales. *Temperamentvm*, 15, e12467-e12467.

Díaz-Castrillón, F. J., & Toro-Montoya, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: El virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio*, 24(3), 183-205. <https://doi.org/10.36384/01232576.268>

Enfermedades infecciosas. Toma de frotis de la nasofaringe. (s. f.).

Recuperado 12 de noviembre de 2020, de <https://empendium.com/manualmibe/social/article/238599>

Espinosa Pérez, J. (2018). *La comunicación como herramienta del cuidado de enfermería en el alivio del sufrimiento. Revisión narrativa.* <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684854>

Estrada, L. (2018). *Motivación y emoción.* Bogotá : Fundación Universitaria del Área Andina , 2018. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/3541>

Farfano, M. T. J. V., Ramírez, M. T. G., Coronado, E. A. G., Martínez, J. A. M., & Velázquez, I. I. V. (2018). Actividades de tiempo libre y el bienestar espiritual. *Informes Psicológicos*, 18(1), 167-184. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v18n1a09>

- Fernández Riquelme, S. (2017). *Si las piedras hablaran. Metodología cualitativa de Investigación en Ciencias Sociales*.
<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/54506>
- Freire, M. E. M., Vasconcelos, M. F., Silva, T. N. da, & Oliveira, K. de L. (2017). Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 9(2), 356-362.
- Guevara, U., Herrera-Lugo, K. G., Vásquez-Garzón, V. R., Robles-Rodríguez, P. V., Elizarrarás-Cruz, J. D., Cruz-Ruiz, N. G., & Elizarrarás-Rivas, J. (2020). Medidas de protección para el personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43, 315-324. <https://doi.org/10.35366/94945>
- Hamra, A. (2020). Pirámide de jerarquías en la empresa. *Perspectivas: Revista Científica de la Universidad de Belgrano*, 3(1), 195-199.
- Hassoun, H., Bermejo, J. C., Villacieros, M., Millán Asín, M. Á., Arenas Antúnez, A., Hassoun, H., Bermejo, J. C., Villacieros, M., Millán Asín, M. Á., & Arenas Antúnez, A. (2019). Relación entre bienestar espiritual, calidad de vida y sentido del sufrimiento en una población de ancianos religiosos residentes en centros españoles. *Gerokomos*, 30(3), 124-129.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & NANDA International. (2019). *NANDA International, Inc.: Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación : 2018-2020*. Elsevier España.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y*

Salud Pública, 37, 327-334.

<https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.372.5419>

Huari, G., & Marlene, M. (2019). Abordaje psico-espiritual en ansiedad en pacientes post operadas de histerectomía: Intervención de enfermería.

Universidad Peruana Unión.

<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1912>

IAVANTE TV. (2020). *Toma de muestras para detección de SARS-CoV (COVID-19) mediante PCR*. <https://www.youtube.com/watch?v=ssApeG-FBCU>

Leperski, K. (2017). *El paradigma de las emociones básicas y su investigación.*

Hacia la construcción de una crítica. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. <https://www.aacademica.org/000-067/146>

Loor, V., & Jazmin, J. (2020). *Estudio de un caso clínico con trastorno de fobia específica*. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15502>

López, J. R. T., Castro, M. G., Moliní, J. A. T., Granados, E. A., Durán, A. G., & Oliva, M. S. R. (2021). El miedo como factor de predicción en la enfermedad. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, 105, 58-65.

López-Fuentes, N. I. G.-A., Muñoz, M. A. T., & Visoso, F. G.-A. (2021). Estrés postraumático, ansiedad, afrontamiento y resiliencia en escolares tras el terremoto de 2017 en México. *Psicología y Salud*, 31(1), 15-24. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2672>

- Medina, R. M., & Jaramillo-Valverde, L. (2020). *El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población*.
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>
- Mejía, C. R., Rodríguez-Alarcon, J. F., Garay-Rios, L., Enriquez-Anco, M. de G., Moreno, A., Huaytán-Rojas, K., Huancahuari-Ñañacc Huari, N., Julca-Gonzales, A., Alvarez, C. H., Choque-Vargas, J., Curioso, W. H., Mejía, C. R., Rodríguez-Alarcon, J. F., Garay-Rios, L., Enriquez-Anco, M. de G., Moreno, A., Huaytán-Rojas, K., Huancahuari-Ñañacc Huari, N., Julca-Gonzales, A., ... Curioso, W. H. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03002020000200001&lng=es&nrm=iso&tling=es
- Montañés, M. C., & de Valencia, U. (s. f.). *PSICOLOGÍA DE LA EMOCIÓN*: 34.
- Moorhead, S. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud*.
- Morales-Angulo, C., González-Zubizarreta, R., Martín-Toca, G., Ramírez-Bonilla, A., Gonzalo-Margüello, M., & Rodríguez-Fernández, A. (2020). Toma de muestras nasofaríngeas para diagnóstico de COVID-19. *Revista ORL*, 5p-5p. <https://doi.org/10.14201/orl.23079>
- Morillo Martín, M. S., Galán González-Serna, J. M., & Llanos Peña, F. de. (2017). Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General. *Index de Enfermería*, 26(3), 152-156.

- Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C., & Galán González Serna, J. M. (2014). La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*, 23(3), 153-156. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y Cirujanos*, 88(5), 542-547. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe sobre SARS-CoV-2. Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Pacientes_oncologicos_y_covid19_v2(1).pdf*. (s. f.). Recuperado 12 de noviembre de 2020, de [https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Pacientes_oncologicos_y_covid19_v2\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Pacientes_oncologicos_y_covid19_v2(1).pdf)
- París, J. M. J. (2021). Vacunas Covid-19 y autorización judicial. *Diario La Ley*, 9808, 1.
- Pastrian-Soto, G., & Pastrian-Soto, G. (2020). Bases Genéticas y Moleculares del COVID-19 (SARS-CoV-2). Mecanismos de Patogénesis y de Respuesta Inmune. *International journal of odontostomatology*, 14(3), 331-337. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2020000300331>
- Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejeda, J. J., Dieguez Guach, R. A., Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejeda, J. J., & Dieguez Guach, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Pérez, O. G., & Bello, N. C. (2017). Regulación emocional: Definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 8(1), 96-117.

Pérez, P. E. (2020). *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros*. Elsevier Health Sciences.

Quezada, V. E. (2020). Miedo y psicopatología la amenaza que oculta el Covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(1), 19-23.

Reyes, A. C. D., & López, J. V. S. (2019). Miedo, fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 798-833.

Sábado, J. T. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*, 16, 26-30.

Sanchez, A. A., Paredes, J. E. C., & Vallejos, M. P. C. (2020). *Infodemia, la otra pandemia durante COVID-19*.
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.367>

Sandin, B., Valiente, R., Garcia-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25, 1.
<https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

Suarez, J. L. Á. (s. f.). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. 34.

- Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: La epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Medicina Clínica*, 154(5), 175-177.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.02.002>
- Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Úrizar, A., Polanco-Carrasco, R., Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Úrizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>
- Utrera-Pavón, L. (2019). *TOC en la infancia y la adolescencia. Una revisión*.
<http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/9860>
- Vera, C. A. R. (2020). Miedo a la COVID-19 en adultos peruanos mediante análisis de red. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(0), Article 0.
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4082>
- Vera, T., & Alfonso, J. (2020). *Proceso de atención de enfermería en paciente de 45 años de edad con covid-19*.
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8650>
- Vives Vives, E. (2017). La espiritualidad factor protector en salud mental. *RECERCAT (Dipòsit de la Recerca de Catalunya)*.
<https://repositorioinstitucional.ceu.es/handle/10637/11074>